



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Especialização em Gestão de Organizações de Saúde

Reclamações dos Utentes: Estudo dos Resultados e Medidas Correctivas no contexto dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Pedro Morgado Moçozinho
Lisboa, 2015

Pedro Morgado Moçozinho

**Reclamações dos Utentes: Estudo dos Resultados e
Medidas Correctivas no contexto dos Agrupamentos de
Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**

Orientador

Prof. Doutor Paulo Boto

Co- Orientador

Prof. Doutor Pedro Sá Moreira

Lisboa, 2015

Trabalho de Projecto apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, na Especialização em Gestão de Organizações de Saúde

“We cannot solve our problems with the same thinking we used when we created them”

Albert Einstein

“ Tudo o que está no plano da realidade, já foi sonho um dia”

Leonardo da Vinci

Agradecimentos

De uma forma especial, ao meu orientador - Prof. Doutor Paulo Boto pela sua disponibilidade e partilha de conhecimento que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Co-Orientador Prof. Doutor Pedro Sá Moreira que não só durante este trabalho, mas também ao longo da vida me tem acompanhado.

Ao Dr. Ilídio Cláudio Correia e à Dr^a Isaura Costa pela sua disponibilidade em me ajudar.

À Charlotte que está sempre presente e tanto me motivou incentivou.

Aos meus Pais e à Fátima que sempre me deram todo o apoio que precisei.

Aos meus Amigos, que da minha vida fazem parte.

A todos os com que me cruzei e fazem parte da Escola Nacional de Saúde Pública que sempre provaram a sua disponibilidade.

O decurso do Mestrado em Gestão da Saúde foi para mim extremamente satisfatório e enriquecedor. Foram inúmeras, as matérias de estudo que me cativaram e proporcionaram momentos satisfatórios de aprendizagem.

Resumo

A qualidade dos cuidados de saúde, evolui ao longo dos tempos e é agora considerada um direito e um pilar fundamental nos serviços de saúde. As reclamações dos utentes podem revelar informação acerca das experiências entre os utentes e as organizações de saúde. Desta forma as reclamações podem ser consideradas como indicadores de qualidade que permitem identificar áreas e/ou oportunidades de melhoria, e de grande representatividade no processo da melhoria contínua da qualidade na saúde.

Sendo fundamental dar voz aos utentes do SNS e possibilitar a sua participação activa no processo de melhoria da prestação dos cuidados de saúde, com este trabalho pretendeu-se estudar a forma como as reclamações dos utentes nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, contribuem para a melhoria da qualidade nos referidos serviços de saúde. Foram reconhecidas e analisadas as principais causas de reclamação, as correspondentes medidas correctivas e as necessidades e/ou dificuldades no seu processo de implementação, bem como a respectiva avaliação dos resultados obtidos e identificação das recomendações dos Coordenadores dos Gabinetes do Utente no âmbito dos ACES da Região de Saúde de LVT.

Efectuou-se a análise de revisão bibliográfica e a consulta dos dados, desagregados, das causas mais mencionadas nas reclamações no âmbito do estudo e foram realizados contactos informais com a estrutura regional e nacional do Sistema SIM-Cidadão. Foram aplicados 15 questionários aos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão dos ACES da ARSLVT, apresentando a investigação um carácter exploratório e qualitativo. Os questionários, foram enviados e recebidos anonimamente através da plataforma para estudos estatísticos Survey Monkey. A sua análise e interpretação, foi efectuada de forma a organizar os seus dados de uma forma sistematizada e permitir categorizar a informação para permitir a sua análise.

Os resultados evidenciaram que as reclamações dos utentes apresentadas nos Gabinetes do Cidadão, de certa forma, foram um contributo para o processo da melhoria da qualidade nos ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo através do adopção de medidas e acções correctivas, ultrapassando algumas limitações devida à criação de estratégias locais. No entanto foi evidente que algumas limitações não foram passíveis de ser ultrapassadas, pois envolvem decisões do âmbito externo aos ACES. Os resultados alcançados e as recomendações dos Coordenadores, podem evidenciar algumas mudanças organizacionais, mas transparecem a ideia de que existe ainda um longo caminho a percorrer.

Palavras Chave: Qualidade na Saúde, Reclamações na Saúde; Cuidados de Saúde primários, Agrupamentos de Centros de Saúde

Abstract

The quality of health care has evolved throughout the times and is now considered a fundamental pillar in healthcare services. Patients complaints may reveal information about the experiences between users and health organizations. This way, the complaints may be considered as quality indicators which enable us to identify areas and opportunities of improvement, being of great relevance in the process of continuous health care improvement.

Considering that it is fundamental to take into account the patients voice and enabling their active participation in the improvement process of healthcare providing, the main milestone of this study/abstract is to study how the patients complaints in the ACES of the Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), contribute to the improvement of the quality of health care in the health care facilities. The main causes of complaint were identified and analyzed. The corresponding corrective measures and needs and/or difficulties in its implementation process as well as the respective evaluation obtained and identification of the recommendations issued by the Patient Coordination Offices in the scope of the ACES of the Região de Saúde de LVT.

A thorough analysis of bibliographic reviews and data consult was made, in disaggregated fashion, from the most mentioned causes in the scope of the study «off-the-record» interviews and contact were performed with the regional structure of the national system SIM-Cidadão, 15 queries were performed to the Patient Coordination Offices Local Coordinators from the ACES of ARSLVT having the investigation displayed an exploratory and qualitative character. The queries were sent and received anonymously through the statistical study platform survey monkey. Their analysis and interpretation was performed in an way that it was possible organize its data in a systematic way and categorize the information in order to allow its analysis.

The results have shown that the claims presented by the users/patients presented to the Patient Coordination Office, were in some way, a contribution to the improvement to the quality in the ACES of the Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo through the adoption of corrective measures and actions, surpassing some of the limitation due to the creation of local strategies of response. However there is evidence that it was not possible to correct some of the limitations, as they involve decisions that are external to the ACES. The achieved results and its recommendations to the coordinators, may show evidence of some organizational changes, however they clearly show there is still a long path to fulfill.

Keywords Quality in Health; Healthcare complaints; Primary healthcare; Healthcare Centers Group

Índice

Agradecimentos	VI
Resumo.....	VII
Abstract	VIII
Índice	IX
Índice de Figuras	X
Índice de Tabelas.....	XI
Lista de Acrónimos	XII
Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Conceptual.....	3
Capítulo I – Fase Conceptual.....	4
Tema e sua Justificação.....	4
Pergunta de Partida.....	5
Questões de Investigação	5
Objectivos.....	6
Capítulo II – Enquadramento Teórico	7
1.Sistemas de Saúde – <i>Overview</i> por Modelo.....	7
2. O Serviço Nacional Saúde Português	9
3. Qualidade em Saúde – O Conceito	24
4. As Reclamações na Saúde	37
Parte II – Metodologia da Investigação.....	54
Capítulo I - Metodologia.....	55
População e Amostra	56
Meio	56
Método e Instrumento de Recolha de Dados	57
Pré – Teste.....	58
Tratamento e Análise de Dados	59
Princípios Éticos.....	59
Parte III – Resultados da Investigação.....	61
Capítulo I - Apresentação e Interpretação dos Dados	62
Capítulo II – Discussão de Resultados	76
Discussão da Metodologia	76
Discussão dos Resultados.....	78
Conclusão	88
Bibliografia	91
Anexo A – Questionário	99

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura Orgânica ACES.....	20
Figura 2 - Ciclo de Deming (Ciclo PDCA).....	25
Figura 3 - Tríade de Donabedian	26
Figura 4 - Os Sete Pilares da Qualidade.....	27
Figura 5 - Eixos fundamentais do Despacho nº 14223/2009 de 24.06	31
Figura 6- Problemas de Nível I e II.....	47
Figura 7 - O Circuito de registo, análise, tratamento e resposta da Exposição	47
Figura 8- Mapa da Localização Geográfica dos 15 ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.....	62

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Períodos marcantes na evolução e desenvolvimento do SNS Português.....	11
Tabela 2 - Períodos marcantes na evolução e desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	15
Tabela 3 - Adaptada de acordo com <i>Key point raised by themes</i>	52
Tabela 4 - Número de Utentes inscritos por ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.....	63
Tabela 5 - Número de Reclamações por ACES na ARSLVT desde ano 2012 até 1º Semestre de 2014.....	64
Tabela 6 - Resultados à questão “ <i>Atendendo às causas de reclamação mais mencionadas nos ACES na ARSLVT, no ano de 2013, por favor enumere, aquelas que foram as 5 principais causas de reclamação no ACES que desempenha funções (...)</i> ”	65
Tabela 7 - Resultados à questão: “ <i>Considerando aquelas que foram as 3 principais causas de reclamação que mencionou anteriormente, por favor descreva, as 3 principais medidas e/ou acções correctivas adoptadas no âmbito do ACES onde desempenha funções.</i> ”	67
Tabela 8 - Resultados à questão “ <i>Por favor identifique as 3 principais limitações verificadas durante o processo de implementação das medidas correctivas.</i> ”	69
Tabela 9 - Resultados à questão: “ <i>Atendendo às estratégias, medidas e iniciativas adoptadas, em função das principais reclamações identificadas em 2013 no ACES onde desempenha funções, por favor identifique os principais resultados alcançados ao longo de 2014.</i> ”	71
Tabela 10 - Correspondente aos resultados da quinta e última questão: “ <i>Por favor, indique, com base na sua experiência profissional, 3 recomendações prioritárias e/ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associada ao processo de reclamações.</i> ”	74

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSQHC	<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção Geral de Saúde
ENQS	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
ENOPE	<i>European Network on Patient Empowerment</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GTDCSP	Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários
IGAS	Inspeção Geral das Actividades em Saúde
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
SGSR	Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidades de Saúde Pública

Introdução

A elaboração deste trabalho de investigação, surge no âmbito do VI Mestrado em Gestão da Saúde, da Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, com vista à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde.

O presente trabalho, foi desenvolvido de acordo com a motivação do investigador pela área da Qualidade em Saúde, neste caso concreto, centrado nas Reclamações dos Utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Este evoluiu no sentido de dar resposta à pergunta “ Que Medidas foram adoptadas nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, face às reclamações apresentadas pelos utentes?”

Através do objectivo que pretende “Estudar a forma como as reclamações, dos utentes nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, podem contribuir para a melhoria da qualidade nos referidos serviços de saúde”; foi estabelecida a linha orientadora do estudo e definida a importância de Identificar, as principais Causas de Reclamação, mencionadas pelos utentes; Reconhecer as medidas e/ou acções correctivas adoptadas, face às causas mencionadas nas reclamações dos utentes; Identificar as limitações verificadas na implementação das medidas correctivas, de acordo com as causas mais mencionadas nas reclamações dos utentes; averiguar como se caracterizam os resultados alcançados ao longo de 2014, em virtude das medidas correctivas adoptadas, no âmbito das causas das reclamações dos utentes e reconhecer as recomendações prioritárias ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associadas ao processo das reclamações, que são consideradas pelos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão.

Surgiu desta forma, o trabalho com o título “Reclamações dos Utentes: Estudo dos Resultados e Medidas Correctivas no contexto dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo”.

Para a realização deste estudo, utilizou-se uma abordagem exploratória e descritiva. O método escolhido para a recolha de dados foi o questionário, constituído por um total de cinco questões que visam identificar a forma, como as reclamações dos utentes nos ACES na ARSLVT, contribuem para a melhoria da qualidade nos referidos serviços de saúde.

O presente trabalho está dividido em 4 partes. A primeira trata o enquadramento conceptual, onde consta o tema e justificação, pergunta de partida, questões de investigação e os objectivos, assim como o enquadramento teórico da temática, onde serão desenvolvidos os conceitos que fundamentam o estudo. A segunda parte é a metodologia da investigação onde se refere e caracteriza o tipo de estudo, população e amostra, meio, método e instrumento de recolha de dados e tratamento de dados. A terceira parte, evidencia os resultados da investigação, nela constando a apresentação e interpretação dos resultados e discussão dos mesmos. Na ultima etapa do trabalho consta a conclusão e recomendações e a bibliografia consultada.

Parte I – Enquadramento Conceptual

Capítulo I – Fase Conceptual

A primeira etapa inserida no processo de investigação corresponde à fase conceptual, caracterizando-se pela formulação e documentação de ideias sobre determinado tema, visando conceber e organizar claramente o objecto de estudo.

Seguidamente serão referidas as etapas de estudo integradas nesta fase como o tema e sua justificação, pergunta de partida, questões de investigação e objectivos do trabalho.

Tema e sua Justificação

Considera-se importante o estudo das reclamações dos utentes, no contexto de estas poderem ser consideradas como indicadores de eventuais oportunidades de melhoria. Enquanto serviços de saúde os ACES possuem autonomia administrativa, são constituídos por várias unidades funcionais, agrupam um ou mais centros de saúde, e está contemplado na sua missão, garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada região. Desta forma assim como devido ao interesse pela área e a vontade de aprofundar conhecimentos, levaram à realização deste trabalho acerca do tema das “Reclamações dos Utes: Estudo dos Resultados e Medidas Correctivas no contexto dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo”.

Segundo Fortin (2003), um tema de investigação é um domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação e deve-se definir uma área de interesse específica logo no início de uma investigação.

As reclamações são uma expressão de insatisfação por parte do doente ou de um cuidador que representa uma percepção particular dos eventos. Uma reclamação pode ou não revelar o acontecimento de um erro. As reclamações constituem uma forma de inclusão dos utentes em todos os processos, que este está envolvido (Allsop e Mulcahy, 1995).

O processo de produção de cuidados de saúde, deve estar centralizado no cidadão. É fundamental a monitorização das percepções dos utentes utilizadores das diversas entidades prestadoras do SNS. A participação dos cidadãos pode representar um recurso privilegiado para a gestão das unidades de saúde, um instrumento de gestão de eleição para a monitorização dos níveis de satisfação dos utentes, bem como do funcionamento dos serviços na perspectiva dos seus utilizadores. As reclamações podem constituir um contributo para dos cuidados de saúde prestados aos cidadão, ajudando a identificar alguns aspectos negativos e

oportunidades de mudança e melhoria. Os Utentes do SNS podem expressar as suas sugestões, elogios e reclamações, fazendo o seu registo nos Gabinetes do Cidadão das unidades de saúde. (DGS, DQS, Relatório Sistema SIM-Cidadão, 2011)

De acordo com a necessidade Nacional, foi desenvolvida pela Direcção Geral da Saúde, sob coordenação do Departamento da Qualidade na Saúde a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, não qual está contemplada como sendo uma prioridade estratégica à avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do SNS (Despacho n.º 14223/2009 da Ministra da Saúde).

Pergunta de Partida

A pergunta de partida, consiste na esquematização de uma questão de maneira a poder enuncia-la e através da qual conseguir exprimir-se. De acordo com o mesmo autor, esta pergunta deve respeitar determinados critérios, tais como a precisão, clareza, pertinência, operacionalidade e a exequibilidade, de forma a servir de condutor da investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Este estudo visa dar resposta à seguinte pergunta de partida: “ Que Medidas foram adoptadas nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, face às reclamações apresentadas pelos utentes?”. Tendo este sido o factor impulsionador do estudo e a sua base, de seguida surgiu um conjunto de questões que a ela se associam.

Questões de Investigação

As questões da investigação surgem com objectivo de individualizar os aspectos em estudo, tendo em conta a problemática e a pergunta de partida. Foram elaboradas as questões de investigação que são um enunciado interrogativo, escrito no presente que incluem uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 2003).

Assim, as questões que se colocam neste estudo decorrentes da questão de partida, surgem no contexto dos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e são as seguintes:

- Quais foram as principais causas de Reclamação mencionadas pelos utentes?
- Que medidas e/ou acções correctivas foram adoptadas, face às causas mencionadas nas reclamações dos utentes?
- Que limitações se verificaram na implementação das medidas correctivas, de acordo com as causas mais mencionadas nas reclamações dos utentes?

- Como se caracterizam os resultados alcançados ao longo de 2014, em virtude das medidas correctivas adoptadas, no âmbito causas das reclamações dos utentes?
- Que recomendações prioritárias ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associadas ao processo das reclamações, são consideradas pelos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão?

Objectivos

Os objectivos de um estudo deverão estar ligados a uma visão global e abrangente do tema, relacionando-se com o conteúdo intrínseco, dos fenómenos e eventos (Lakatos e Marconi 2002).

Com o pressuposto de que é fundamental dar voz aos utentes do SNS e possibilitar a sua participação activa no processo de melhoria da prestação dos cuidados de saúde, através das suas sugestões, reclamações e elogios. Partindo do objectivo geral que pretende “ Estudar a forma como as reclamações, dos utentes nos ACES na ARSLVT, podem contribuir para a melhoria da qualidade nos referidos serviços de saúde”; estabeleceram-se como linha orientadora deste estudo os seguintes objetivos específicos, no contexto dos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo:

- Identificar, as principais causas de Reclamação, mencionadas pelos utentes;
- Reconhecer as medidas e/ou acções correctivas adoptadas, face às causas mencionadas nas reclamações dos utentes;
- Identificar as limitações verificadas na implementação das medidas correctivas, de acordo com as causas mais mencionadas nas reclamações dos utentes;
- Averiguar como se caracterizam os resultados alcançados ao longo de 2014, em virtude das medidas correctivas adoptadas, no âmbito das causas das reclamações dos utentes;
- Reconhecer as recomendações prioritárias ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associadas ao processo das reclamações, que são consideradas pelos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão.

Capítulo II – Enquadramento Teórico

Tendo em conta a temática, questões e os objectivos do estudo é importante criar um suporte teórico que o suporte. De acordo com o problema em estudo e o objectivo, considere pertinente abordar temas como o Serviço Nacional de Saúde, Cuidados de Saúde Primários e Qualidade em Saúde, como será apresentado.

1.Sistemas de Saúde – Overview por Modelo

Os Sistemas de Saúde, baseiam-se na premissa, que o pagamento para aceder aos cuidados de saúde deve ser um processo cronologicamente contínuo, e não afecto à necessidade de cuidados. Os sistemas baseados em Bismarck (Alemanha, finais do Século XIX), são financiados através de contribuições de trabalhadores e empregadores, em oposição aos sistemas com origem em Beveridge (Reino Unido, final da 2ª Guerra Mundial) que tem a sua fonte de financiamento na riqueza produzida num País (Orçamento Geral do Estado) (Ministério da Saúde, Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Relatório Final, 2007).

Sistemas de Saúde - Modelo Bismarckiano

Os sistemas de seguro social, como no caso da Alemanha, Áustria, Bélgica, França e Holanda, estes, alicerçam-se na legislação de Bismarck, de 1883. Tendo a sua evolução gerado diversas variantes deste modelo, apesar de todas as diferenças que possam ter surgido, mantêm-se comum o facto de nestes países o sector da Saúde assentar num seguro social. Nestes países os seguros sociais são de adesão obrigatória para os cidadãos que cumpre os requisitos de cobertura, o estado especifica um pacote básico de benefícios, mas no entanto o estado assegura as contribuições dos desempregados e de alguns grupos particularmente vulneráveis. Neste sistema de saúde o financiamento é efectuado através de contribuições dos empregadores e empregados, baseadas no salário e independentes do nível de risco de doença individual (Ministério da Saúde, Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Relatório Final, 2007).

Nos países de modelo Bismarck, as funções do Estado, passam pela afirmação dos princípios gerais de funcionamento dos seguros de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. É também papel do estado a regulação e aprovação de medidas de controlo de custos, o controlo da qualidade e acreditação, a responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e o financiamento que abrange os excluídos do sistema de seguros (Campos e Simões, 2011).

Sistemas de Saúde Modelo - Beveridgiano

Nos países que apresentam um modelo Beveridge, os poderes políticos estão directamente envolvidos no planeamento e na gestão dos serviços de saúde (Campos e Simões, 2011).

Os sistemas que se baseiam num serviço nacional de saúde como os exemplos do Reino Unido, Espanha e Portugal, estes tem o seu fundamento no relatório Beveridge de 1942. O modelo Beveridgiano assegura a cobertura universal dos cidadãos, sendo o seu financiamento assegurado por verbas do Orçamento do Estado efectuado, adquiridas pela via dos impostos (nacionais e/ou regionais). Quando através dos impostos gerais, a contribuição para a saúde tende a ser progressiva uma vez que indivíduos com elevados rendimentos pagam proporcionalmente mais, havendo uma preocupação em assegurar a redistribuição entre diferentes níveis de rendimento e de saúde. A gestão institucional de um serviço nacional de saúde é pública, podendo no entanto verificar-se para além da prestação ser pública a prestação, contratualizada. Neste modelo, geralmente os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso. (Ministério da Saúde, Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Relatório Final, 2007).

De acordo com a fonte anteriormente mencionada, em vários países europeus em possuam eles um seguro social ou um SNS, os seguros privados tendem a ser complementares do serviço de saúde público.

De acordo com Jouke van der Zee e Madelon W. Kroneman (2007), que em através do seu artigo *“Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs”*, os autores demonstram que o sistema bismarckiano é predominante nos países do centro da Europa; e o sistema beveridgiano mais comum em países Nórdicos, Sul da Europa e Reino Unido. Os autores concluem também que um sistema de saúde do tipo beveridgianos, permite um maior controlo de custos, pois estarem centralizados nos Ministérios da Saúde, mas apresentam menores índices de satisfação dos cidadãos, devido às restrições induzidas pelo papel gate-keeping dos Cuidados de Saúde Primários e às extensas listas de espera.

A linha que divide os sistemas de saúde do tipo Beveridge do tipo Bismarck, é cada vez menos nítida em relação às funções que o Estado exerce, embora existam diferenças consideráveis. O modelo Bismarck, apresenta uma aproximação mais efectiva aos valores do mercado e um leque de intervenientes privados, no modelo Beveridge, apresenta a manutenção do Estado como entidade central do sistema. Em determinados países a estratégia seguida foi de combinar elementos dos dois modelos. A esta solução ou combinação, foram atribuídas várias

designações, como : mercado interno, competição pública, competição gerida, mercado de prestadores e quasi-mercado. O desenho e aplicação deste tipo de mercado planeado, teve um papel importante na reforma de alguns sistemas de saúde como é o caso de Portugal (Campos e Simões, 2011).

2. O Serviço Nacional Saúde Português

A fundação do Serviço Nacional de Saúde, surgiu no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, e a partir de então o Estado passou a assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição, definido pela Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, sendo assim reconhecido e garantido o direito à protecção da saúde, o acesso ao SNS a todos os cidadãos de forma gratuita, independentemente da sua condição económica e social. (Assembleia da República. Serviço Nacional de Saúde. Lei nº 56/79, de 15 de Setembro. Diário da República. 1979;214 (Série I)).

Em Portugal, optou-se então pelo modelo de SNS que se caracteriza pelo benefício de todos os residentes, independentemente da sua condição socio-cultural. Este Serviço visa cobrir todos os riscos e eventualidades dos utentes com cobertura nacional, onde a maioria das prestações fica a cargo de serviços públicos, tendo o sector privado da saúde um papel complementar. O modelo Beveridgiano, que caracteriza o SNS português, é fortemente influenciado pelos pressupostos ideológicos do início da década de 70 (Campos, 2008).

Breve Historial

Durante muitos anos, bem antes do aparecimento da medicina, o Cuidar era algo que estava associado à sabedoria dos mais velhos e ao entorno da família. Com o decorrer dos tempos, sob várias influências, o Cuidar evolui e caminhou até à realidade aplicada dos dias de hoje.

No caminho da evolução do SNS, a organização dos serviços de saúde sofreu várias influências tais como: políticas, sociais e religiosas. Nos últimos anos, assistiu-se a rápidas transformações do sistema de saúde, que tiveram como marco melhorar o sistema de saúde português (Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2015).

O direito à protecção da saúde surge consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, visando garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, sendo tendencialmente gratuito.

Dito de outro modo, a Constituição impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, no âmbito do SNS, seja assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial. É a Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto que designa como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;

e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada”.

Em Portugal, nos séculos XIX e XX, até à criação do SNS, a assistência médica era da competência das famílias, instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência. Deverá salientar-se que foi em 1899 o Dr. Ricardo Jorge, iniciou a organização dos serviços de saúde pública com o Decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. Regulamentada em 1901, a organização entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres (Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2015).

Tabela 1: Períodos marcantes na evolução e desenvolvimento do SNS Português

Período	Ênfase Principal	Marco Principais
1961- 1971	Saúde Pública	<p>1961 – Elaborado Relatório da Ordem dos Médicos Sobre as carreiras médicas.</p> <p>1965 – Estabelecimento do Plano Nacional de Vacinação</p> <p>Criação de uma rede nacional de Centros de Saúde focada em estratégias de prevenção da doença, promoção da saúde e Saúde pública</p> <p>1971 - Decreto de Lei 413/71, que promulga a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, estabelecendo os fundamentos do SNS e criando os designados Centros de Saúde de primeira geração.</p> <p>Estabelecimento jurídico da carreira médica hospitalar e carreira médica de Saúde Pública.</p>
1971-1981	Organização dos Cuidados de Saúde	<p>1971-1973 – Criação de 300 centros de cuidados de saúde primários a nível nacional.</p> <p>Construção de 20 hospitais distritais, regulados e responsabilidade do Estado.</p> <p>1974 – Revolução do 25 de Abril</p> <p>1975-1981 – Criação do serviço médico de periferia: médicos recém-formados dos foram obrigados a exercer pelo período de um ano, em áreas rurais.</p> <p>1979 - Fundação do Serviço Nacional de Saúde, definido pela Lei nº 56/79, de 15 de Setembro.</p> <p>1981- Reconhecimento da especialidade de Clínica Geral/ Medicina de Família.</p>
1981-1985	Identidade Cultural do SNS	<p>1981-1985 – Início da nova carreira médica de medicina geral</p> <p>1983 - Publicação do Despacho Normativo nº 97/83 – regulamenta a 2ª Geração de Centros de Saúde.</p> <p>1984 – Criação da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários.</p>
1985-1995	Mecanismos de Mercado e sistema de Saúde	<p>1990 - Aprovada a Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.</p> <p>1993 - Aprovado o estatuto do SNS e das cinco Administrações Regionais de Saúde.</p> <p>Tentativa de iniciar um seguro de saúde social, assim como de iniciar a gestão privada dos hospitais públicos do SNS e de privatizar os serviços públicos do SNS.</p>
1995-2000	Retorno aos princípios da fundação do SNS	<p>Foco nas responsabilidades públicas para com a saúde e esforço em reforçar a Saúde Pública.</p> <p>1997-1998 – Início do Planeamento estratégico da saúde.</p> <p>1999 - Criação dos CS de terceira geração, procurando a descentralização e autonomia dos cuidados de saúde primários - Decreto de Lei nº 157/99 de 10 de Maio.</p>
2000-2005	Retorno à tendência de privatização	<p>Transformação dos hospitais SNS em Hospitais SA, havendo a tentativa de aplicar o mesmo ao nível dos cuidados de saúde primários.</p> <p>2003 - Criação legal da Entidade Reguladora da Saúde, Decreto-Lei 309/2003 foi entretanto alterado pelo Decreto-Lei 127/2009, de 27 de Maio.</p>
2005-2013	Retorno aos princípios Fundadores – reorganização dos CSP	<p>Hospitais SA passam a empresas públicas Hospitais EPE.</p> <p>2008 -Criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.</p> <p>Valorizada a estratégia de trabalho em equipa ao nível dos CSP.</p> <p>Tentativa para implementar ao nível dos CSP redes de pequena equipas multi-profissionais, autónomas, responsabilizadas e reguladas</p> <p>Introdução do conceito e prática de “ governação clínica e de saúde” nos CSP.</p> <p>Reforço da participação, co- responsabilização e participação dos cidadãos e comunidades – Gabinetes do Cidadão e conselhos para a saúde de comunidades – em implementação.</p>

Fonte: Adaptado de: Fundação Calouste Gulbenkian, *The Future for Health* (2014)

Estrutura Organizacional do SNS

Em Portugal, a estruturação do actual sistema de saúde, assenta em níveis diferenciados de prestação de cuidados: primários; hospitalares ou secundários; continuados e domiciliários. Embora descritos separadamente neste trabalho, os Cuidados Continuados e Cuidados Domiciliários, articulam e estão geralmente, associados aos Cuidados de Saúde Primários.

Cuidados de Saúde Primários

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados de saúde primários têm vindo a ser considerados como estruturas essenciais para um sistema de saúde. Desde a Declaração de Alma Ata, em 1978, que se reconheceu o interesse de cuidados de saúde próximos das primeiras necessidades do cidadão, sendo os cuidados de saúde primários entendidos como *“os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”* (Artigo VI da Declaração da Alma-Alta de Setembro de 1978)

OS Cuidados de Saúde Primários são considerados essenciais e como pedras basilares dos sistemas de saúde. Este tipo de cuidados, são o contacto de primeira linha entre o cidadão, utente e o sistema de saúde. Caracterizam-se por representar um processo contínuo que acompanha o utente ao longo da sua vida e não apenas num acto, ou episódio único ou isolado, à semelhança do que pode acontecer em níveis de cuidados superiores. Os CSP estão directamente associados a actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, são praticados junto das comunidades e prestados pelos CS. Estes representam um activo do sistema de saúde que poderá e ser fundamental para elevar o bem-estar económico e social. (Grande, 2000).

A estrutura organizacional dos Cuidados de Saúde primários difere da estrutura dos hospitais. Colocando o cidadão no centro do sistema, os CS são as entidades de primeira linha, com a responsabilidade pela melhoria dos níveis de saúde da população.

Os CSP são importantes no sistema de saúde, funções fundamentais na prevenção da doença e na promoção da saúde, e como plataforma de articulação para com outros serviços e níveis de cuidados. Neste sentido, têm sido objeto de reformas que vêm assentando, genericamente, na reconfiguração da prestação de Cuidados de Saúde Primários.

Ao longo das últimas décadas, verifica-se o aumento da complexidade das estratégias de prestação de serviço, tendo havido o desenvolvimento de novos métodos e tecnologias práticas que permitem aos cuidados de saúde primários, estar ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (Starfield, 1998).

Pode definir-se o conceito de cuidados primários como integrando quatro elementos estruturantes, que os caracterizam: são cuidados de primeiro contacto com os cidadãos (*gatekeepers*); longitudinais (ao longo da vida); compreensivos (globais, holísticos); e que devem garantir a coordenação/integração com os restantes níveis de cuidados (Starfield, 1998).

Cuidados de Saúde Hospitalares ou Secundários

Os cuidados secundários ou hospitalares podem ser definidos como o conjunto de actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, em ambiente hospitalar e realizadas a doentes em fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. (Santana e Costa 2008)

Os hospitais são as unidades de saúde que visam dar resposta aos casos que não tratados no primeiro nível, nos CSP e que requerem maior diferenciação de cuidados. Consideram-se assim unidades de saúde com um nível mais especializado onde residem diferentes valências, que podem compreender funções de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, podendo esta ser em regime de internamento ou ambulatório. De acordo com o nível de diferenciação dos serviços prestados, os Hospitais do SNS podem classificar-se em quatro níveis (Mestre, 2007):

- I. Hospitais distritais - asseguram as valências básicas à população abrangida;
- II. Hospitais centrais – para além dos serviços prestados no Nível I, providenciam cuidados diferenciados na área de abrangência e fora desta, de acordo com as redes de referência de cada especialidade médica. Localizam-se nos centros urbanos,

mas a sua cobertura abrange a totalidade do país. Resultante da sua localização, podem surgir problemas de iniquidade de acesso para as populações mais distanciadas.

III. Hospitais especializados - Neles prestam-se serviços de saúde muito diferenciados, e o número de valências é muito reduzido. Só são acessíveis, através da referenciação por unidades de atendimento mais geral.

IV. Correspondem aos Hospitais de Nível 1, mas são dirigidos para doentes de evolução prolongada e doentes convalescentes, podendo equiparar-se ao nível dos Hospitais Centrais.

Contudo, deverá referir-se que apesar da categorização apresentada, alguns Hospitais Centrais podem apresentar mais especializados em determinadas valências do que outros do mesmo nível, acabando na prática a funcionar como hospitais especializados e de referência. De salientar que de forma a potenciar a realização de economias de escalas e uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde, valorizando também a complementaridade dos serviços prestados, verifica-se a agregação de hospitais de níveis distintos, formando os denominados Centros Hospitalares, que se definem pela união de um ou mais hospitais, sob uma administração comum (ERS, Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde, 2009).

Cuidados Continuados e Cuidados Domiciliários

Os cuidados de saúde terciários, podem também ser também denominados como cuidados continuados integrados, representam as intervenções de saúde e/ou apoio social, decorrente de avaliação conjunta (multidisciplinar), centrados na recuperação global, entendido como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e o melhoramento da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, centrando-se na sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Os cuidados domiciliários podem definir-se como as actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, através de um conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições (Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, Art.º 1.º).

Antecedente e Macrovisão dos Cuidados de Saúde Primários

A evolução e desenvolvimento organizacional dos CSP, é um processo contínuo de reforma e aprendizagem sistemática. Estuda e tem em conta o passado para melhor configurar o futuro, baseada na análise estratégica e prospectiva, traduz-se numa macrovisão que abrange o período 1971 -2019. Este processo dinâmico e aprendizagem contínua, dos CSP em Portugal nos últimos 40 anos contribuirão, certamente, para a essencial sustentabilidade social, económica e financeira do SNS (Ministério da Saúde, GTDCSP, 2012).

Foi após a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, que se generalizou a cobertura dos CSP, ficando a partir de então abrangido todo o território nacional. As tentativas de reforma dos CSP, remontam ao início da década de 70 e ainda se verificam. Tem sido muitas as tentativas, para dar resposta aos sucessivos problemas organizacionais, estruturais e burocráticos que afectam os CSP, sem que porém tenham o sucesso esperado (Biscaia et al, 2005).

Tabela 2: Períodos marcantes na evolução e desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

1971-1983	•Primeira geração de centros de saúde
1983-1995	•Segunda geração de centros de saúde
1995-2007	•Gestação e período peri-natal das USF •Projectos Alfa, grupos RRE, tentativa CS3G, greve 2003, arranque da reforma 2005 e Missão CSP
2007-2019	•ACES com restantes USF •Desenvolvimento organizacional dos CSP

Fonte: Adaptado de Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012).

Primeira Geração de Centros de Saúde (1971-1983):

Neste período procedeu-se à criação da primeira rede de centros de saúde em Portugal (1971- Decreto-lei 413/71, de 27 de Sete), localizadas nas sedes de conselho e centradas na vertente preventiva e de saúde pública. Entre os anos de 1975-1983, estas unidades funcionaram em paralelo com os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas da Providência. Os recursos

humanos – médicos, foram assegurados através do Serviço Médico de Periferia. (Ministério da Saúde, GTDCSP, Quadro de Orientação para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012).

Segunda Geração de Centros de Saúde (1983-1995):

É marcadamente importante neste período, o início a carreira médica de clínica geral e a fusão entre os centros de saúde de primeira geração e a rede de postos médicos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. A Segunda Geração de Centros de Saúde oficializou-se através do Despacho Normativo nº 87/83, de 22 de Abril. Ao nível da carreira médica ocorreram também alterações. (Ministério da Saúde, GTDCSP, Quadro de Orientação para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012).

A medicina geral e familiar em Portugal institucionalizou-se no início da década de 80. Marcos importantes neste processo, foram o seminário sobre “o papel do clínico geral em cuidados de saúde primários”, na Escola Nacional de Saúde Pública em 1979, a criação da carreira de generalista (1980), o início do internato da especialidade (1981), a criação dos institutos de clínica geral (1981-1983) e do Colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos (1982). Desta forma a medicina geral e familiar em Portugal, iniciou cedo o seu processo de desenvolvimento em que ainda se encontra (Sousa et al. 2001).

Transição Organizacional – Da Hierarquia Burocrática ao Modelo de Equipas e de Redes (1995-2007):

Nesta fase dos CSP, procedeu-se ao término do modelo desajustado de organização entre os grupos profissionais desagregados e a gestão burocrática dos centros de saúde. Foram pontos de arranque da mudança organizacional a criação dos primeiros grupos do “Projecto Alfa” (1996/1997), podendo considerarem-se como sendo o embrião, para a criação das USF. (Ministério da Saúde, GTDCSP, Quadro de Orientação para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012).

Em 2005, para controlar e contornar as resistências “internas”, foi criada por Resolução de Conselho de Ministros a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), estrutura de missão na dependência directa do Ministério da Saúde, criada pela resolução do Conselho de Ministros nº157/2005, de 12 de Outubro, com o objectivo de conduzir o projecto global de lançamento da reforma, coordenar e acompanhar a estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementar as unidades de saúde familiar. A mudança dos CSP é eminente, uma nova entidade, a Coordenação Estratégica tem como o objectivo dar um novo impulso e

responder a novos desafios da reforma tendo sido atingido esse ponto com a publicação do Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto e com cerca de 100 equipas/ USF em actividade (Pisco, 2007).

Consolidação da Reforma e Desenvolvimento Organizacional dos CSP (2007-2019):

Após a publicação do Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto as USF foram as estruturas estratégicas para descongelar o modelo organizacional anterior e permitir a transformação dos CSP. O agrupamento dos centros de saúde em cerca de 70 agrupamentos de centros de saúde e a reorganização de todos os profissionais numa rede funcional com missões específicas e complementares: Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados na Comunidades, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Recursos Assistências Partilhados e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, em evolução para USF e iniciado em 2009 (Ministério da Saúde, Coordenação Estratégica, Relatório do Progresso, 2011).

O percurso e evolução dos CSP, foi de importante forma alterada através da publicação do Decreto-lei n.º 28/2008 que marcou o início dos ACES. Através da criação destas novas estruturas, pretende-se promover a descentralização e melhorar o nível da qualidade dos CSP, através da tomada de decisões mais céleres e de maior proximidade para com as equipas multidisciplinares e comunidades. Objetivou-se a prestação de cuidados de saúde em equipa multidisciplinar: equipa de saúde familiar; pretendendo assim melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade dos cuidados. Realça-se a perspectivada da intervenção individualizada, e o envolvimento da família e comunidade. (Ministério da Saúde, GTDCSP, Quadro de Orientação para o Desenvolvimento dos Cuidados dessaúde Primários, 2012).

Devido à implementação dos CSP em Portugal, são claros os ganhos em saúde obtidos, podendo mencionar-se a evolução de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal em comparação com valores do passado e outros países da OCDE (Miguel e Sá, 2010).

Os sistemas de Saúde, mais orientados para os cuidados de saúde primários, evidenciam melhores níveis de saúde das populações, menor despesas com a saúde, maior equidade, assim como melhores níveis de satisfação dos utentes e uma utilização racionalizada e adequada dos serviços de saúde (Starfield, 2009).

A OMS, no Relatório Mundial de Saúde 2008, refere a importância e incentiva todos os países a orientar os seus sistemas de saúde para uma estrutura sólida de cuidados de saúde primários (OMS, Relatório Mundial de Saúde, 2008).

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Actualmente, como apresentado anteriormente os CSP em Portugal, estão naquela que pode ser considerada a quarta fase do seu desenvolvimento, consolidação e reforma, com um horizonte temporal previsto até 2019.

O modelo de prestação de cuidados de saúde apresenta-se em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a actual realidade económica. O aumento dos custos associados à despesa de saúde, o aumento dos problemas de qualidade e as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde dos cidadãos, são factores alvos de intervenção (Porter e Teisberg, 2006).

A criação da MCSP em 2005 impulsionou o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar, tendo em vista melhorar a acessibilidade aos CSP, tornando-os num verdadeiro alicerce do SNS.

O centro de saúde define-se como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, que presta cuidados de saúde primários, visando a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade. A abrangência de cada CS está designada uma determinada área geográfica do concelho e das freguesias que o integram, podendo dispor de extensões periféricas, que se situam em locais da sua área de influência, de modo a proporcionar aos utentes cuidados de saúde de proximidade. (artigo 2º e artigo 3º do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril).

Antes da actual reforma, os CSP possuíam a seguinte estrutura: 5 Administrações Regionais de Saúde, 18 Sub-regiões de Saúde e 363 CS com extensões periféricas. Durante essa fase, os CS não possuíam autonomia de gestão e apresentavam défice de administração e gestão. Centravam-se na estrutura e nas profissões, não possuíam hierarquia técnica e o sistema de informação era incipiente. Apresentavam também incapacidade para incorporar novas profissões e saberes, como os relativos às componentes tecnológicas e não dispunham de uma metodologia de contratualização nem incentivos na prestação de cuidados. (Ministério da Saúde, Coordenação Estratégica, 2010)

Com a actual reforma dos CSP são criados os ACES (Decreto-lei n.º 28/2008), sendo extintas todas as Sub-regiões de Saúde.

Deste modo, os ACES articulam-se directamente com as ARS. Os 363 CS, estão distribuídos por cinco ARS e organizados em 74 ACES, 8 dos quais integrados numa das 6 ULS. Segundo dados do Ministério da Saúde, no início de 2011, existiam 298 USF, 158 unidades de cuidados de saúde personalizados, 18 unidades de saúde na comunidade e 84 unidades de cuidados na comunidade (Campos e Simões 2011).

A acessibilidade geográfica à rede pública de cuidados primários, é considerada boa, uma vez que a apenas 1% da população residente que necessita mais de 30 minutos para se deslocar até uma unidade de saúde destas características. (ERS, Estudo de Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS, 2009).

A nova estrutura dos CS, consiste na organização de pequenas equipas, em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço. Baseiam-se no modelo de contratualização interna de serviços com o respectivo ACES e a ARS e promovem a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos CSP que vão ao encontro às necessidades e expectativas da população (Sakellarides et al., 2009).

O objectivo é alcançar uma maior e melhor orientação para os utentes, desburocratizando e flexibilizando a gestão de processos, estimulando o trabalho em equipa e implementando novos instrumentos de melhoria contínua da qualidade. (Miguel, 2010).

Agrupamentos de Centros de Saúde

Considerada como aquela que poderia ser a melhor forma de acesso dos cidadão aos cuidados de saúde, assim como a melhor forma de gerir, sem por em causa os ganhos em saúde conseguidos pelas unidades de saúde familiares, a 22 de Fevereiro de 2008 através do Decreto-lei nº 28/2008 foi apresentada a intervenção legislativa relativa à criação, definição e regime de organização e funcionamento dos ACES.

Os ACES são classificados como, serviços públicos com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades fundamentais, que agrupam um ou mais centros de saúde e tem por missão garantir o acesso e prestação de cuidados de saúde primários da população de uma determinada área geográfica. Integradas nestas unidades funcionais, constam as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos

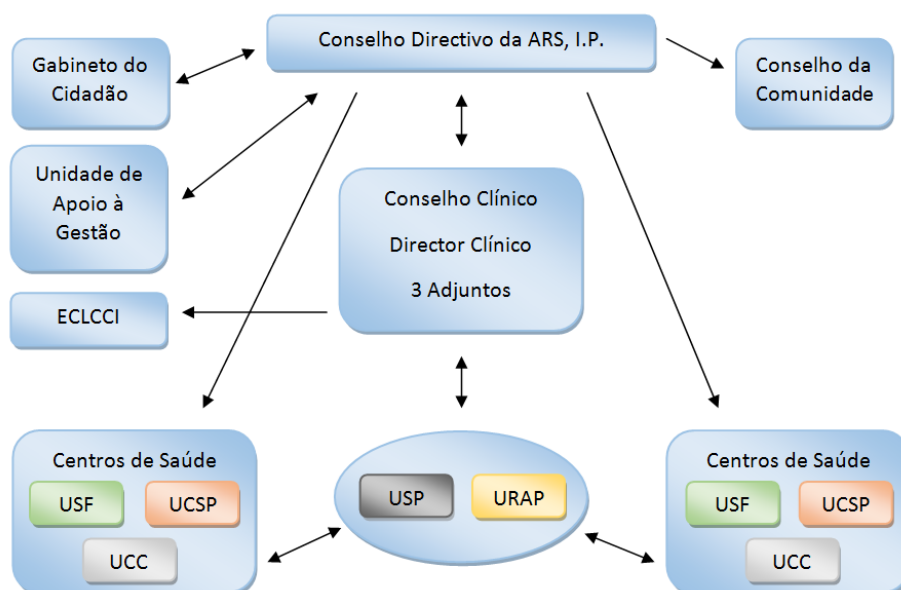
assistenciais partilhados (URAP). Estes agrupamentos podem ainda integrar outras unidades, sendo essa atribuição da responsabilidade da direcção das administrações regionais da saúde ou próprio Ministério da Saúde.

De acordo com o regime da criação dos ACES, foi fixado em 74 o seu número máximo. A sua delimitação geográfica, deve corresponder a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos 3 (NUTS), a um agrupamento de conselhos ou a um conselho, devendo sempre ser feita a combinação eficiente, tendo em conta os recursos disponíveis e os factores geodemográficos. Cabe ao ACES dar a devida cobertura de serviços ao número de residentes da sua área. (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

De acordo com a sua missão, os ACES constituídos no âmbito da reforma dos CSP, desenvolvem as suas actividades no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. A área de cobertura de população coberta atribuída a cada ACES varia entre os 50.000 e os 200.000 utentes, de acordo com as especificidades geodemográficas (c.f. artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

A portaria n.º 276/2009, de 18 de Março, cria os vários agrupamentos centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, os quais são objecto do presente estudo.

Figura 1: Estrutura Orgânica ACES



Fonte: Adaptado de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007)

Órgãos de Administração e Fiscalização dos ACES

O **Conselho Clínico** dos ACES é um órgão de governação clínica ao qual compete ao Conselho Clínico dos ACES elaborar as directivas e instruções para que seja possível o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes; fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; organizar e controlar as actividades de desenvolvimento profissional e de investigação, bem como verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACES, entre outros. O **Conselho da Comunidade** é um órgão consultivo composto ao qual cabe mediar e alertar o Director Executivo para factos ou problemas identificados na prestação de cuidados de saúde; cabe também propor acções de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas pelo Conselho da Comunidade. À **Unidade de Apoio à Gestão** compete a assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES; colaborar na elaboração de planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução; analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respectivos relatórios anuais. (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

O **Gabinete do Cidadão** é na estrutura dos ACES a unidade responsável pela organização de canais de comunicação e articulação com cada unidade funcional do ACES. Este é também responsável pela verificação das condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde e deve informar os utentes dos seus direitos e deveres na qualidade de utilizadores dos cuidados de saúde primários. É no Gabinete do Cidadão onde se recebem as observações, sugestões e reclamações dos utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados e procede à resposta das mesmas; bem como lhe cabe verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES (c.f. artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

As Unidades Funcionais dos ACES

As unidades funcionais que podem integrar os ACES são as USF, UCSP, UCC, USP e as URAP, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados pelas ARS ou Ministério da Saúde.

As unidades funcionais são constituídas por equipas multidisciplinares, que tem autonomia organizativa e técnica, actuam em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES. Cada CS integrado num ACES, possui no seu funcionamento, pelo menos, uma USF ou

UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP (c.f. números 2 e 3 do artigo 7.º, e artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro)

Unidades de Saúde Familiar

As Unidades de Saúde Familiar, são estruturas que abrangem uma população compreendida entre 4 mil e 18 mil utentes inscritos e nível organizacional são constituídas por equipas das quais fazem parte médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos. As USF formalizam anualmente através da carta de compromisso elaborado entre o coordenador da mesma e o director do ACES, onde planeiam o que irá ser o seu programa de actuação anual de cuidados de saúde personalizados, onde deverá estar contemplado o compromisso assistencial, os objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. (c.f. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto). São vários os patamares de autonomia que regem as USF, podendo denominar-se por modelo: A, B e C, a que correspondem diferentes níveis de partilha de risco e compensação retributiva (c.f. Despacho n.º 24 101/2007, de 23 de Outubro).

O modelo A de desenvolvimento das USF corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, assim como constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. **O modelo B** é indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, em que o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e estando dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente. **O modelo C** é um modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo no que concerne às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sem aplicação prática até à data. Este modelo integra as USF dos sectores social, cooperativo e privado (art.3,Decreto-Lei n.º298/2007, de 22 de Agosto).

O modelo adoptado é dinâmico, pois é permitida a transição de um modelo para outro em qualquer momento desde que observados os termos de acesso e a metodologia, bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Unidade de Saúde Pública

Estas unidades, desenvolvem actividades de planeamento em saúde, de defesa, promoção e protecção da saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de

saúde pública. As USP já estavam implementadas no período antecedente à actual reforma dos CSP e funcionam como observatórios de saúde na área em que estão inseridas (artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

As UCSP, são unidades que têm como função assegurar os cuidados de saúde personalizados à população da área inscrita em que estão inseridos. O compromisso assistencial das referidas unidades, deverá estar contemplado no seu programa de acção, conjuntamente com os objectivos, indicadores e metas a atingir nas suas respectivas áreas, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Estas regem-se ainda pelos princípios de garantia de acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados (artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Unidade de Cuidados na Comunidade

As UCC são unidades que têm como missão prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário; promover a educação para a saúde integrada em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção de forma a contribuir para a melhora do estado de saúde da população da sua área de intervenção, com o objectivo de potenciar os ganhos em saúde (c.f. números 1 e 2 do artigo 3.º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril).

É da competência de cada UCC a respectiva constituição de ECLCCI, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Estas equipas coordenadoras locais, asseguram a monitorização da Rede a nível local, bem como a gestão dos recursos e actividades e efectuem a articulação com a coordenação a nível regional. São competências das ECLCCI, promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respectivo serviço comunitário de proximidade; promover o acesso de admissão ou readmissão de utentes nas unidades e equipas da Rede e divulgar publicamente a informação actualizada sobre o número e localização das unidades e equipas da Rede;. (c.f. artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

De entre todas as unidades funcionais resta ainda fazer referência à URAP, à qual estão outorgados serviços de consultoria e assistenciais às diversas unidades funcionais e

operacionaliza as ligações funcionais aos serviços hospitalares. (artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

3. Qualidade em Saúde – O Conceito

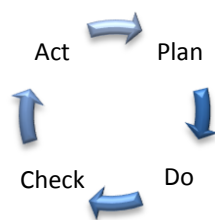
Definir Qualidade não é uma tarefa fácil, desde logo porque envolve uma grande dose de subjetividade. A qualidade pode ser entendida de diversas formas. O seu conceito pode variar e, tem inclusivamente sido analisado por vários autores, havendo quem proponha a adopção de diferentes definições. As várias definições que se lhe podem atribuir, são o resultado da evolução da sociedade (Pisco e Biscaia, 2001).

O interesse, valorização e investimento focado na Qualidade, são uma “cultura” relativamente recente no âmbito dos sistemas de saúde. O seu processo de desenvolvimento construiu-se tendo em base experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial a partir dos finais do século XX, podendo ser feita referência a Deming (1986), Juran (1989) e Imperatori (1999), e esse conhecimento foi transposto para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Contudo anteriormente, no ano de 1966, Donabedian publicou o seu artigo “*Evaluating the Quality of Medical Care*”, sendo um marco considerável na história da evolução da qualidade dos serviços de saúde, no qual apresenta um modelo de avaliação da qualidade, assente na tríade: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1966).

De acordo com Deming, a definição de qualidade relativamente a um produto ou serviço é um conceito ou critério que depende das necessidades e expectativas de cada cliente – individual que expressa a sua satisfação pelo serviço no preço que estará disposto a pagar. Este desenvolveu um método sistemático para a resolução de problemas pela gestão e melhora da qualidade, denominado como ciclo de Deming ou PDCA, iniciais correspondentes a *Plan, Do, Check and Action* (Deming, 1986).

O ciclo de Deming é um método, a que corresponde o Planeamento e Análise das Actividades ou Processos (*Plan*); a implementação prática das melhorias (*Do*); a monitorização (*Check*) e a acção correctiva que será levada a cabo, mediante os resultados do processo (*Action*). Este é ainda hoje um método actual de avaliação cíclica e serve de base a alguns programas de avaliação da qualidade aplicados a diversos sectores (Deming, 1986).

Figura 2: Ciclo de Deming (Ciclo PDCA)



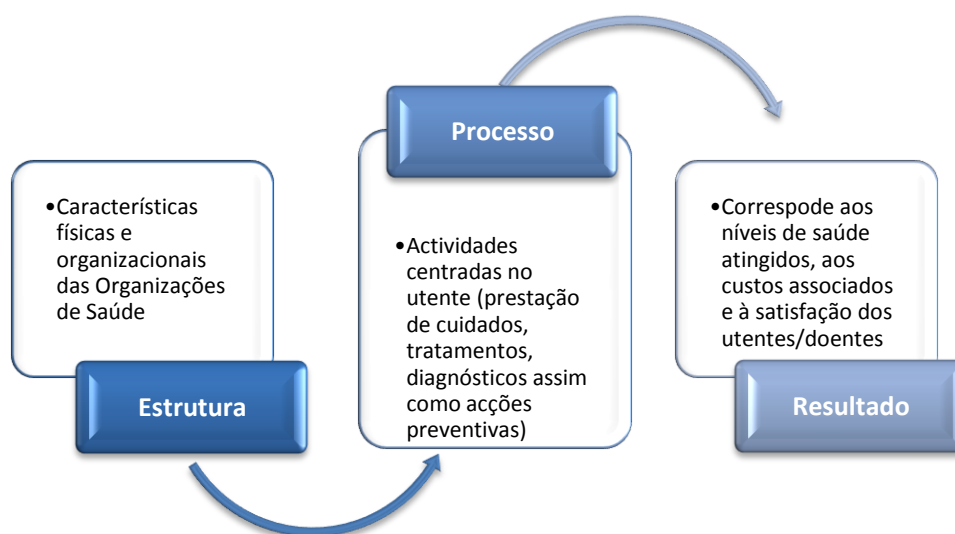
Fonte – Adaptado de: *Out of the Crisis*, Deming (1986)

A Juran (1988) deveu-se o desenvolvimento do papel importante no âmbito da produção industrial, estando para este subjacente à definição de qualidade a adequação de um produto ao seu uso, assim como todas as suas características estão isentas de deficiências e colmatam as necessidades do cliente. A trilogia de processos desenvolvida pelo autor para uma correcta gestão da qualidade, conhecida como Trilogia de Juran, engloba os processos de planeamento, controlo e a melhoria contínua da qualidade, com vista à obtenção da melhora continua da qualidade (Juran, 1988).

No ano de 1999, Imperatori descreve o conceito de qualidade, como sendo o conjunto de atributos e características de um determinado bem ou serviço, que satisfazem as necessidades dos clientes, procurando a excelência (Imperatori, 1999).

Considerado como uma referência no processo de avaliação da qualidade na área da saúde, Donabedian em meados dos anos 60, a criou um modelo de avaliação da qualidade assente na tríade composta por **estrutura, processo e resultados**. No modelo o autor refere que as **estruturas**, podem ser características físicas como as instalações da organização de saúde, equipamentos, os recursos humanos e os a eles disponibilizados, assim como o modelo de organização do trabalho. Ao **processo**, correspondem as actividades dos profissionais para os utentes, as respostas destes, e inclui também o diagnóstico, e as acções preventivas. Os **resultados**, referem-se tanto aos níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos utentes/doentes (Donabedian, 1966; Brook et al., 1996).

Figura 3 Tríade de Donabedian



Fonte – Adaptado de: *The quality of care: how can it be assessed*, Donabedian, (1988)

De acordo com (Pisco e Biscaia, 2001), a qualidade na saúde tem características específicas que a tornam diferente, da aplicada a outros sectores. É orientada às necessidades, e não apenas para a procura, possui carácter pró activo, e é vista no seu todo, juntamente com todos os atributos dos cuidados de saúde. A necessidade de adequar o conceito de qualidade, às especificidades da saúde obriga a contemplar algumas características que a diferenciam de outros sectores:

- Procura a satisfação e diminuir as necessidades, e não responder à procura oferecendo mais;
- É pró-activa para que seja possível actuar na vertente preventiva, e criar uma resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado;
- Integradamente deve reunir atributos que lhe são essenciais como a efectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade.

Devido à dificuldade em definir o conceito mais preciso e concreto, de entre vários autores, relativamente à qualidade na saúde, faz-se referência a Heater Palmer, à OMS, ao *Institute of Medicine*, e a Avedis Donabedian, para que assim melhor se consiga entender a qualidade neste sector específico.

Palmer cit. por Pisco e Biscaia (2001), define a qualidade em saúde como *“um conjunto de actividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais óptimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos”*.

Por sua vez a OMS identifica como fundamentos da qualidade dos cuidados de saúde: a promoção da saúde das populações; o elevado grau de excelência profissional; eficácia na gestão dos recursos; satisfação para os utilizadores e obtenção de ganhos em saúde e satisfação plena das necessidades como resultados (WHO, 2006).

Reconhecidamente, Avedis Donabedian tem um papel notório no estudo das questões teóricas e práticas de monitorização e avaliação da qualidade na saúde.

O conceito de qualidade em saúde envolve várias características que podem ser agrupados em sete grupos, os sete pilares da qualidade que caracterizam a complexidade da qualidade nos cuidados de saúde.

Figura 4: Os Sete Pilares da Qualidade.



Fonte: Adaptado de - *The seven pillars of quality*, Donabedian, (1990).

De acordo com Donabedian (1990), os termos ou pilares relacionados com a qualidade em saúde, correspondem às seguintes definições:

- **Eficácia** - Capacidade de proporcionar o melhor cuidado, para a melhora do estado de saúde e do bem-estar, é o que de melhor se consegue fazer, de acordo com a situação, para melhorar a situação do utente;

- **Efectividade** - Evidencia o alcance do grau atingível na procura da melhoria na prática quotidiana, é a melhora alcançada, ou que se espera seja alcançada, em condições reais da prática em relação ao cuidado prestado;
- **Eficiência** - Definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo;
- **Optimização** - Representa o balanço entre o custo e o benefício de determinado procedimento;
- **Aceitabilidade** – Adaptação dos cuidados de saúde prestados aos cuidados desejados, expectativas e valores dos utentes e famílias;
- **Legitimidade** – Introduce a questão social na discussão de qualidade. Além do cuidado individual com o utente, é também contemplado a responsabilidade para com o bem-estar de todos, passa pela aceitação dos cuidados de saúde pela população;
- **Equidade** – É o princípio que determina o que é justo na prestação de cuidados e os benefícios que os mesmos irão proporcionar.

O Institute of Medicine definiu a qualidade em saúde como um conceito focado na relação entre prestadores e doentes, na medida em que os serviços prestados se adequam às necessidades de quem os recebe, é o “ *grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente*”. Refere ainda que a qualidade em saúde, contempla seis dimensões: efectividade, eficiência, equidade, segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no doente (Institute of Medicine, 2001).

De acordo com Ortigosa cit. por Serapioni, (2009), nos últimos 20 anos, foi reconhecida e incorporada a centralidade do cidadão neste conceito, e houve também o desenvolvimento de competências e métodos de avaliação que ajudaram a sua evolução.

Nos últimos anos, para maioria dos países do mundo, a qualidade na saúde passou a ser considerada um componente estratégico, independentemente do nível de desenvolvimento económico e tipo de sistema de saúde adoptado, tentado superar a associação feita, de que apenas países ricos e com recursos possuem sistemas de saúde avançados (Serapioni, 2009).

Qualidade nos Cuidados de Saúde – O Caminho Percorrido em Portugal

A qualidade dos cuidados de saúde, durante muitos anos foi passivamente aceite pelos cidadãos, passou a ser por eles questionada. Um estudo efectuado nos anos 1996, 1998 e 1999, colocava Portugal em um dos últimos lugares da EU em termos de população que se declarava relativamente satisfeita, sendo apenas colocando abaixo no ranking a Grécia e a Itália. (Kronema e Zee, 2007).

Em Portugal, a evolução da qualidade nos cuidados de saúde, tem sido gradual, com algumas oscilações, embora sempre com sentido progressivo. Seguidamente, e de acordo com os autores Luís Pisco e José Biscaia (2001), serão apresentadas de forma resumida os principais passos da evolução da qualidade nos cuidados de saúde.

1985 – Primeiro marco, ponto de partida ou antecedente mais relevante. A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em colaboração com a OMS e Escolas de Saúde Pública da Universidade Livre de Bruxelas e Hebraica de Jerusalém, organizou o seminário “ *Evaluation des services de soins de sante primaires*”. Segui-se a este outro seminário “ Avaliação e controlo da qualidade em serviços de saúde”, co-organizado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, OMS e Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

1987-1989 – A ENSP e a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, organizaram seis seminários luso-espanhois sobre “Garantia da qualidade em CSP”. Direccionado para médicos com funções de gestão local e regional. A Associação Portuguesa para a Qualidade, promoveu em 1988 o I Encontro da Qualidade dos Cuidados de Saúde, do qual resultaram vários artigos acerca da avaliação da qualidade de programas de saúde e projectos nos centros de saúde e hospitais. É também neste período que as ARS e sub-regiões iniciam a promoção de acções de formação sobre qualidade.

1990 – Início de um grande desenvolvimento no sector hospitalar e investimento em formação em qualidade na saúde.

1993 - A DGS elaborou uma circular normativa, na qual estava determinado que deveriam ser criadas comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, com o objectivo de desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade.

1995-1997- Criando no âmbito da DGS, a Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade desenvolveu um projecto, que teve três anos de duração aplicado a 20

centros de saúde a nível nacional, de monitorização do desempenho de centros de saúde.

Resumidamente, entre os anos 1987 e 1996 houve grande investimento na formação em qualidade na saúde. Neste período apesar do desenvolvimento ter sido lento, dado ao contexto existente, houve uma mudança de postura. Reflexo disso foi o aparecimento de múltiplos projectos isolados, que só foram possíveis graças ao grande voluntarismo das lideranças locais, de diversos hospitais e centros de saúde.

1998-2002 - O Ministério da Saúde assume a qualidade como uma prioridade e um eixo de intervenção fundamental, e define a uma estratégia de saúde em que a qualidade foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais. É então, posto fim ao voluntarismo bem-intencionado com poucos resultados e pouca continuidade, dando-se início à conceptualização e definição de uma política de qualidade na saúde, como um dos pilares do desenvolvimento do SNS 21.

É também neste período, mais concretamente em 1999, que são criadas duas importantes estruturas do sistema da qualidade, o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Compete ao Conselho Nacional da Qualidade a elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade na saúde, e este é constituído por representantes por representantes dos cidadãos, das associações de doentes, das diferentes profissões da saúde, e de entidades públicas e privadas.

Ao Instituto da Qualidade em Saúde, compete o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na vertente prática da prestação dos cuidados de saúde.

2003 – Início da acreditação dos centros de saúde com a pioneira Unidade Local de Saúde de Matosinhos e introdução do novo Manual Internacional de Acreditação de Hospitais (Fragata, 2006).

2009 – De forma a planear e programar a política nacional para a qualidade do SNS, foi criado o Departamento da Qualidade em 16 de Fevereiro de 2009 (Portaria nº155/2009, de 10 de Fevereiro), integrado na Direcção Geral da Saúde, aprovado através do Despacho nº 13793 de 2009 e publicado em DR nº 114, de 16 de Junho de 2009. Sucedendo ao Instituto da Qualidade em Saúde e à Agência da Qualidade na

Saúde, cabe a este novo departamento a coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, apoiado pelo Conselho para a Qualidade na Saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), foi aprovada através do DR nº120, de 24 de junho de 2009 e do despacho 14223/2009. A esta, está incumbida a criação de um programa nacional de acreditação em saúde, em que adesão das instituições a este, será voluntário. O objectivo será num prazo implementação de cinco anos e de período igual de consolidação, conseguir garantir a qualidade das instituições e solidar a cultura da qualidade.

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

Para assegurar os direitos dos cidadãos, na sua relação com o sistema de saúde, o ministério da Saúde estabeleceu como uma das suas principais missões, estabelecer uma maior coesão e potenciar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Esta estratégia teve como ponto de partida o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no qual foram identificados um conjunto de elementos que necessitavam de melhorias como factores principais e contributos para a qualidade na Saúde. Para planear e programar a política nacional para a qualidade do sistema de saúde, foi então criados o já referido Departamento da Qualidade para coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Faria e Moreira, 2009).

O citado Despacho nº 14223/2009 da Ministra da Saúde (de ora em diante citado como «Despacho»), aprova a ENQS e incumbe o Departamento da Qualidade da DGS da sua orientação. O corpo do despacho insere, para além do enquadramento legal, seis eixos fundamentais, apresentados abaixo:

Figura 5: Eixos fundamentais do Despacho nº 14223/2009 de 24.06



Fonte: Adaptado de: Portugal, Ministério da Saúde, MCSP, (2009)

No que respeita à **Missão** da ENQS, considera que a evolução da prática clínica em Portugal, foi influenciada pelo modelo anglo-saxónico, permitiu uma maior autonomia do utente face aos

profissionais de saúde, passando este a ser: o protagonista dos serviços de saúde, que o integra como utente participativo nas decisões que lhe dizem respeito; utilizador e como proprietário desses serviços. Faz referência à recomendação da OMS, a que cada país deve possuir uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde, adaptada às realidades regionais e locais. Cita-se ainda na Missão do Despacho os códigos deontológicos dos profissionais de saúde, na medida em que estes defendem a melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados e impões aos profissionais uma constante actualização técnico-científica, considerando que os cuidados de saúde prestados, estão sujeitos pelos utentes a um nível de exigência cada vez maior, assim como a expectativa face a bons resultados terapêuticos (Portugal, Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, Despacho nº 14223/2009 de 24.06).

No âmbito da autonomia técnica do Departamento da Qualidade na Saúde, que se consubstancia na ENQS no Despacho nº 14223/2009 de 24.06, adopta as seguintes **Prioridades Estratégicas** de actuação:

1. Qualidade clínica organizacional;
2. Informação Transparente ao cidadão;
3. Segurança do doente
4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
5. Gestão integrada da doença e inovação;
6. Gestão da mobilidade internacional de doentes;
7. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde.

Os **Destinatários** da melhoria da qualidade na saúde, são o cidadão, considerado individualmente, e o profissional de saúde. O DQS, pauta a sua actuação com base nos **valores**: Responsabilidade; Confidencialidade e Transparência, assim como se rege pelos **Princípios**: Orientação para o cidadão; Objectividade; Compromisso; Inovação; Evidência científica; Melhoria continua; Qualidade e Procura da Excelência. (Portugal, Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, Despacho nº 14223/2009 de 24.06).

No processo de busca da excelência, é necessário estabelecer exigências para assegurar que os cuidados de saúde prestados aos cidadãos correspondem aos critérios de qualidade definidos pelo DQS, tendo sido para isso, de acordo com o Despacho necessário desenvolver as seguintes **Ações** que visam a divulgar normas de orientação clínica, para permitir aos

profissionais de saúde melhores práticas nas diferentes áreas de actuação; implementar sistemas, que permitam a monitorização dos níveis de qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde; Criar um sistema nacional de notificação de eventos adversos; divulgar normas e procedimentos para maximizar a segurança dos doentes; coordenar e controlar as infecções dos cuidados de saúde; adoptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo através de um programa nacional; acompanhar e avaliar novos modelos experimentais de gestão das doenças mais prevalentes; estabelecer regras e critérios com fim de criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde de referência nacional e internacional; monitorização e avaliação de projectos da saúde nas áreas da inovação e investigação; gerir fluxos de doentes estrangeiros que recebem cuidados de saúde em Portugal, e doentes portugueses no estrangeiro; Criar pontos focais de informação ao cidadão, para que, com transparência, estes possam estar mais habilitados a fazer escolhas informadas na utilização dos serviços prestadores de cuidados de saúde; Implementar sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais; e efectuar a avaliação e orientação das sugestões e reclamações dos cidadãos. (Portugal, Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, Despacho nº 14223/2009 de 24.06).

O Cidadão no Eixo Central dos Sistemas de Saúde

A saúde, é o bem mais valorizado pelos cidadãos. No centro da sua política, deve estar o cidadão, o ser humano (Campos, 2008).

Um longo caminho tem sido percorrido para alcançar os objectivos, níveis de qualidade desejados e colocar o cidadão como elemento activo e no centro do Sistema de Saúde.

A necessidade de uma eficaz protecção dos direitos fundamentais do Homem, levou a que fosse assinada na Assembleia Geral das Nações Unidas, a 10 de Dezembro de 1948 em Paris, a Declaração Universal dos Direitos do Homem. No que respeita à protecção da saúde respeita, a Declaração faz referência no artigo 25º a que toda e qualquer pessoa *“tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários...”* (DUDH, 1948).

No que se refere a textos internacionais elaborados sobre os auspícios da ONU, e que também eles simbolizam e representam marcos importantes, podem destacar-se: a Declaração Universal dos Direitos do Homem, já referida; o Pacto Internacional dos Direitos Civis e

Políticos, a Carta Social Europeia; e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Outras fontes internacionais sobre a matéria específica dos Direitos dos Utentes, pode mencionar-se: A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (1997); a Carta dos Direitos das Pessoas Doentes (1996). Posteriormente em 2002, foi elaborada uma nova carta de direitos, a Carta Europeia dos Direitos do Paciente, que contempla 14 direitos reconhecidos pelo comité Económico e Social Europeu (CESE), de entre, o nº 13 que confere o “*Direito de queixa e de obter resposta ou outro esclarecimento*”. Mais recentemente, o CESE adoptou um parecer sobre “*os direitos do paciente*” que foi publicado em 2008, e que presta atenção ao direito à informação, ao consentimento livre e ao direito à dignidade (ERS, Relatório – Carta dos Direitos dos Utentes, 2011).

As pessoas como parte activa na resolução dos seus problemas de saúde, tem maior autonomia e poder de decisão na adopção, isolada ou partilhada, de medidas relacionadas com o seu processo de saúde ou tratamento, e a sua influência é considerada na elaboração de políticas de saúde a nível institucional, local e nacional.

Internacionalmente, este tema foi abordado pelo *European Network on Patient Empowerment* (ENOPE) que através do seu parecer, defende que, colocar o doente no centro do Sistema de Saúde, significa facultar-lhe as actividades e o ambiente propicio para este desenvolver competências, confiança e evoluir no sentido de se tornar um parceiro activo nos próprios cuidados de saúde. Os benefícios desta abordagem, são vários, com ganhos para o doente, para os profissionais de saúde e para os sistemas de saúde. No entanto para que tal aconteça, deverão existir acções das partes interessadas do sector público e sociedade civil, no sentido de proporcionar os devidos meios de participação que o colocam em tal posição. (ENOPE, 2012)

Um estudo no âmbito do *National Health Service*, Inglês, evidencia que “*Policymakers increasingly believe that encouraging patients to play a more active role in their health care could improve quality, efficiency, and health outcomes.*” Ou seja intervenções destinadas a melhor informar e implicar os doentes nos seus próprios cuidados de saúde podem traduzir-se em redução da dependência dos serviços de saúde, numa melhor adesão ao tratamento e, em ganhos de saúde quantificáveis (Coulter e Ellins, 2007)

Em Portugal é contemplado no Eixo Estratégico relativo à Cidadania em Saúde do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que “*O cidadão é o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder as suas necessidades,*

satisfação e legítimas expectativas enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papéis: activo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade” (DGS, Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 2012)

O Percurso Português

Como decorre do articulado da Constituição Portuguesa, mais exatadamente da alínea a) do ponto 2 do artigo 64.º, o direito à protecção da saúde é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde, universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

O direito à protecção da saúde, está consagrado na Constituição da Republica Portuguesa e assenta em valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No âmbito legislativo da Saúde, a **Lei de Bases da Saúde** (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e o **Estatuto Hospitalar** (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968), foram os princípios orientadores, que serviram como base à **Carta dos Direitos dos Utentes**.

O **Estatuto Hospitalar**, aprovado no âmbito da Constituição de 1933 pelo Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968, pretendia a regulação da organização hospitalar, fixou igualmente orientações claras que se mantiveram, no essencial, nos diplomas sucessores que visaram a protecção dos direitos e interesses dos doentes. Sendo a sua criação anterior à do SNS, o legislador entendeu fixar legalmente um conjunto de direitos que deveriam ser garantidos aos doentes no acesso aos serviços de saúde então existentes, os quais salvo as devidas adaptações não deixam de ser ainda hoje bastante actuais (ERS, Relatório – Carta dos Direitos dos Utentes, 2011)

A **Lei de Bases da Saúde**, estabelece uma distinção entre os direitos dos cidadãos à saúde, e os direitos dos utentes do Sistema de Saúde. Assim é reconhecido o direito dos cidadãos a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses, bem como se estabelece o direito à liberdade de escolha no acesso à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, no limite dos recursos disponíveis.

Por outro lado a Lei de Bases da Saúde, **consagra aos utentes** o direito à liberdade de escolha do serviço e agentes prestadores, no âmbito do sistema de saúde; o direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta; o direito a ser tratados pelos meios adequados, com humanidade, prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito; o direito

ao respeito pela confidencialidade dos seus dados pessoais revelados; o direito a ser informados sobre a sua situação clínica; o direito à assistência religiosa; **direito a apresentar queixas e reclamações** e a ser indemnizados por prejuízos sofridos; o direito a constituir entidades que representem e defendam os seus direitos e interesses e entidades que colaborem com o Sistema de Saúde na promoção e defesa da saúde (n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde).

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes representa, um passo na evolução do SNS, no caminho da dignificação dos cidadãos enquanto utentes do SNS, e na procura do pleno respeito pela sua condição e da humanização dos cuidados de saúde. Esta evoluiu, no sentido de o doente ser ouvido em todo o seu processo de saúde, tendo parte essencial e activa no processo da melhoria da qualidade dos serviços e organizações de saúde (ERS, Relatório – Carta dos Direitos dos Utentes, 2011)

São pilares da “Carta dos Direitos do Utentes ” o **Direito de Acesso**, enquanto direito de acesso universal, equitativo, geral, tendencialmente gratuito, em tempo útil, assente em liberdade de escolha e não permitindo rejeições infundadas ou discriminatórias, nem situações de indução artificial da procura; o **Direito à Qualidade** dos cuidados, garante que o acesso é, efectivamente, o acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados; **O Direito à Decisão**, é a necessária consequência da autodeterminação da pessoa humana e da defesa da sua personalidade e individualidade, o **Direito à queixa e à reclamação** e o Direito a ser representado e a constituir associações de defesa dos seus direitos e interesses legítimos, constituem direitos necessários à própria defesa dos utentes, o **Direito à prevenção da doença e à promoção da saúde**, constitui a representação do avanço civilizacional assente no entendimento de que o direito à saúde não se resume ao direito ao tratamento da doença. Os utentes de serviços de saúde, beneficiam ainda de Outros Direitos, como sejam aqueles relativos a assistência religiosa, ao acompanhamento, a discriminações positivas, ao tratamento com prontidão, humanidade, privacidade, correcção e respeito, que derivam do próprio dever de, em permanência, se respeitar a pessoa humana. (Ministério da Saúde, DGS, Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, 1997)

Contemplada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a prioridade de dar voz ao cidadão através da avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde, é mais uma estratégia, que visa uma mais eficaz comunicação e partilha de informação entre o SNS e os Cidadãos, procurando uma melhoria da

qualidade centralizada no Cidadão, utente do SNS (Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, Despacho n.º 14223/2009).

4. As Reclamações na Saúde

A definição de Reclamação para Allsop e Mulcahy (1995), trata-se de uma expressão de insatisfação por parte do doente ou de um cuidador que representa uma percepção particular dos eventos. Uma reclamação pode ou não revelar o acontecimento de um erro.

O Australian Council for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), defende que reclamação deve ser considerada qualquer forma de insatisfação, podendo esta ser formal ou informal. As reclamações no âmbito dos cuidados de saúde podem ser por acontecimentos insignificantes ou mesmo perdas lamentáveis. Contudo todas as reclamações devem ser consideradas, pois estas podem potenciar um maior conforto e qualidade aos utentes. (ACSQHC, 2005)

As reclamações dos utentes, proporcionam uma valiosa fonte informação acerca dos problemas funcionais de uma organização de saúde. Os utentes são atentos, críticos e capazes de identificar problemas, alguns deles imperceptíveis aos modelos de monitorização utilizados detectar eventuais anomalias. As reclamações podem assim ser reconhecidas como positivas, aportando adicionalmente informação às organizações de saúde que lhes permite melhorar a qualidade na prestação dos serviços prestados (Reader, *et.al.* 2014).

Caracteristicamente as reclamações são efectuadas pelos utentes ou pelas famílias. Após recepcionadas pelas instituições, inicia-se um processo de investigação e dialogo, procurando que a resposta vá de encontro às expectativas do reclamante. Examinando o valor da utilização das reclamações pode considerar-se que as reclamações representam experiencias individuais e podem reportar o dano físico ou mental consequente de um acto clinico; podem descrever raiva ou frustração relativamente à critica de um profissional de saúde; indicam pontos-chave que permitem efectuar melhorias nos serviços de saúde e demonstram a qualidade do relacionamento entre os profissionais de saúde e os utentes. (Lloyd e Mulcahy, 1994)

No âmbito dos serviços de saúde, as reclamações representam um activo para a melhoria dos processos de saúde, pois estas identificam incidentes e problemas que necessitam intervenção, podendo assim melhorar e evitar problemas futuros. Através das reclamações pretendem-se mudanças, para não ver situações repetidas. Relativamente à forma como as

reclamações são processadas, o sistema deverá caracterizar-se por ser "***accessible, impartial, speedy, open, and effective.***" (Bark, et. al., 1994)

Apesar de reconhecidas como oportunidade em melhorar os níveis de informação, com valor reconhecido, as reclamações dos utentes são informação destruturada e espontânea, escrita na linguagem pessoal de quem a reporta, evidenciando aquilo que o mesmo considera importante ou não estar bem. A informação contida nas reclamações permite determinar a satisfação, essencial para determinar o nível qualidade dos serviços. Contudo é necessário um processo adequado para se poder analisar devidamente o *Feedback* dos utentes.(Monitini, et. al., 2008)

Em Inglaterra, no âmbito do *National Health Service* (NHS) os dados revelam que anualmente são reportadas cerca de 100 000 reclamações nas organizações de saúde, relativas a diversas causas, podendo referir-se a más práticas, problemas estruturais, problemas emocionais, problemas físicos resultantes de um determinado episódio de saúde. Posteriormente, a análise das reclamações evidenciou problemas sistemáticos nas organizações de saúde. De acordo com o "*UK through the Francis Report* ", em 3 anos na *Mid-Staffordshire NHS Foundation*, ocorreram 1200 mortes que, de acordo com o mesmo, as suas causas poderiam ter sido extintas atempadamente (Francis, 2013)

No contexto do NHS, de acordo com o estudo: "***Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy***", não é evidente a homogenia na técnica aplicada no tratamento das reclamações dos utentes. Visa-se assim a importância para um sistema que permita uniformizar o processo de codificação das reclamações, que evidencie as causas dos problemas e a sua prevalência, permitindo dessa forma a criação de uma base de dados para análise e investigações futuras, assim como o *benchmarking* entre instituições e a partilha de soluções para as causas de reclamação semelhantes. (Reader, et. al., 2014).

As Reclamações dos Cidadãos no SNS

O direito à reclamação está assegurado a qualquer Cidadão que tenha recebido algum tipo de cuidado de saúde ou outro serviço. Os cidadãos podem apresentar reclamações, sugestões e elogios em qualquer organismo do Ministério da Saúde, independentemente do local onde os factos tenham ocorrido. O método de reclamação de conhecimento geral é o livro de reclamações, aprovado pela Portaria n.º 355/97, de 28 de Maio, é vulgarmente conhecido por "Livro Amarelo", e este é o documento onde os utentes podem registar reclamações e/ou

sugestões sobre o funcionamento dos serviços do Serviço Nacional de Saúde ou sobre o pessoal que aí trabalha.

As Reclamações podem ser efectuadas através, via postal; em impresso próprio, por exemplo, livro de reclamações; por fax; através da Internet; em qualquer Gabinete do Utente (atendimento personalizado); através do *interface* Livro de Reclamações no *site* da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), ou através do site da DGS que possui uma hiperligação ao site da ERS. Todas as exposições registadas, são posteriormente analisados através do Sistema de Gestão de Reclamações da ERS. O tratamento das reclamações do SNS, passou a ser atribuição da ERS, com a criação dos novos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto.

Fica incumbida à Entidade Reguladora da Saúde a apreciação das queixas e reclamações dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, bem como a monitorização e o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas. É assim extinto o Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão, mas garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades (DGS, 2015).

A maioria das pessoas que apresenta uma reclamação, fazem-no com o objectivo de não ver o incidente que sofreram repetir-se (Friele e Sluijs, 2006). As reclamações podem servir para que delas se retire o que para os utentes é considerado como o mais importante e maior valor em cuidados de saúde. Cada reclamação pode representar uma oportunidade de análise, reflexão e melhoria.

De acordo com o a Australian Council for Safety and Quality in Health Care, os utentes constituem informadores-chave entre a sua saúde e a perspectiva de como os cuidados são prestados. As reclamações podem ter um sentido construtivo no sentido em que podem fornecer informação acerca da experiência vivida do doente contribuindo desta forma para a melhoria da segurança e qualidade da prestação de cuidados; Recuperam a confiança do doente/família; Promovem uma cultura de reporte de Efeitos Adversos e a accountability; Previnem as más práticas e reduzem as perdas económicas; Promovem um trabalho mais satisfatório por parte dos profissionais de saúde; Melhoram a reputação dos serviços de saúde. (ACSQHC, 2005)

As Entidades Envolvidas no Processo de Reclamação

Em Portugal a gestão das Reclamações associadas aos cuidados de saúde, é um processo em que, de diferentes formas, estão envolvidos o Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão, os Observatórios Regionais do Sistema SIM-Cidadão, a Entidade Reguladora da Saúde e a Inspeção Geral das Actividades em Saúde, que serão sucintamente descritas.

Inspeção-Geral das Actividades em Saúde

A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS), é o serviço central da administração directa do Estado, que tem por missão assegurar, no âmbito das competências legalmente cometidas ao Governo, o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de saúde, quer pelos organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades públicas, privadas ou do sector social.

De acordo com o **DL n.º 33/2012, de 13 de Fevereiro**, que aprova a orgânica da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, as suas principais atribuições são:

- a) Verificar o cumprimento das disposições legais e regulamentares e das orientações aplicáveis, bem como a qualidade dos serviços prestados, por qualquer entidade ou profissional, no domínio das actividades em saúde, através da realização de acções de auditoria, inspecção e fiscalização;*
- b) Actuar no âmbito do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado, no que respeita às instituições e serviços integrados no MS ou sob sua tutela, e garantir a aplicação eficaz, eficiente e económica dos dinheiros públicos, de acordo com os objectivos definidos pelo Governo, bem como a correcta utilização pelas entidades privadas de fundos públicos de que tenham beneficiado;*
- c) Realizar auditorias aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelados, e assegurar os respectivos serviços regulares de auditoria interna, designadamente de âmbito organizacional e financeiro, bem como os serviços regulares de inspecção ao nível da segurança e qualidade, em articulação com a Direcção-Geral da Saúde (DGS);*
- d) Apoiar, quando solicitado, a DGS na prossecução das suas atribuições em matéria de inspecção e implementação de medidas de controlo ao cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das actividades relativas à dádiva, colheita, análise,*

processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana;

e) Realizar acções de fiscalização às unidades de prestação de cuidados de saúde do sector privado e social, na área das dependências e comportamentos aditivos;

f) Desenvolver, nos termos legais, a acção disciplinar em relação aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelado;

g) Realizar acções de prevenção e detecção de situações de corrupção e de fraude, promovendo os procedimentos adequados;

h) Colaborar com organismos nacionais e internacionais em matérias das atribuições das inspecções-gerais.

A actuação da IGAS ao nível das reclamações é assegurada pela Divisão de Sistemas de Informação e Planeamento, competindo-lhe a monitorização da evolução das reclamações, sugestões e elogios apresentadas pelos cidadãos nos serviços e instituições do SNS e registadas no Sistema Sim-Cidadão (Despacho n.º4031/2008, 21 de Jan.).

Entidade Reguladora da Saúde

Em 2003 dá-se a criação legal da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através do DL n.º309/2003, 10 de Dez. A ERS só reuniu condições de funcionamento com a publicação do seu regulamento interno pela Portaria 418/2005, de 15 de Abril.

O Decreto-Lei 309/2003 sofreu alteração pelo Decreto-Lei 127/2009, de 27 de Maio que estabeleceu *“a criação de um conselho consultivo; a delimitação mais rigorosa das atribuições e dos poderes da ERS de modo a torná-los mais claros e coerentes; a atribuição à ERS de funções de regulação económica do sector; a definição mais precisa dos poderes sancionatórios da ERS, quer quanto à definição das contra ordenações, quer quanto às coimas”* e recentemente, novamente alterado pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto. A ERS é uma pessoa coletiva de direito público, com a natureza de entidade administrativa independente que tem por missão a regulação, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. No exercício das suas funções, e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes.

Constituem atribuições da ERS (artº 5 do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto):

- a) O cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o seu licenciamento nos termos da lei;
- b) Assegurar a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;
- c) Confirmar a legalidade e a transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

Como estipulado nos estatutos da ERS, artº13 e artº14 do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, este desempenha um papel determinante na Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade e na Defesa dos direitos dos utentes, sendo objectivos da sua regulação.

É importante evidenciar que foi nos termos da alínea a) do artigo 13.º e artigo 30º dos seus Estatutos, aprovado pelo Decreto-lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a Entidade Reguladora da Saúde passou a ter a competência para apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas (DGS, 2015).

Para efeitos da defesa dos direitos dos utentes, incumbe à ERS:

a) A apreciação das queixas e reclamações dos utentes, assim como monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas. Cabe à ERS apreciar as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, assegurar o cumprimento das obrigações dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde relativas ao tratamento das mesmas, bem como sancionar as respetivas infrações.

Cabe a esta, também, assegurar o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção -Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades;

b) Verificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de

Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes;

c) Prestar informação, orientação e apoio aos utentes dos serviços de saúde.

Para os efeitos de Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade e assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei, é função da ERS:

a) Promover um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objectivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes;

b) Verificar o não cumprimento das obrigações legais e regulamentares relativas à acreditação e certificação dos estabelecimentos.

c) Garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, sem prejuízo das competências da Direção -Geral da Saúde;

d) Propor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários actividade objecto de regulação pela ER.

Desta forma a Entidade Reguladora da Saúde, assumiu, nos termos dos respetivos estatutos, as competências que estavam conferidas ao Sistema SIM-Cidadão, fixadas pelo Despacho nº 8958/2013, de 27 de Junho (DGS, 2015).

O Sistema SIM-Cidadão

O Sistema SIM-Cidadão visa dar voz ao Cidadão enquanto utente do SNS. A participação de cada cidadão será efectuada sob a forma de exposições, a que correspondem as reclamações e elogios consequentes do acesso ao SNS. De igual fora são atendidas as sugestões formalizadas, que aportam importantes contributos para uma melhor gestão dos serviços de saúde. Aprovado em 2002, o **Sistema SIM-Cidadão - Sistema de Informação e Monitorização das Reclamações dos Utesntes do Serviço Nacional de Saúde** - alcançou o seu maior desenvolvimento em 2007 com a entrada em produção, a nível nacional, do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR) (DGS, DQS, Relatório SIM-Cidadão 2010).

O SGSR é a plataforma informática que se configura no elo de ligação entre todas as instituições do SNS, e permite centralizar a nível nacional, o registo, tramitação e resposta ao movimento de exposições dos utentes do SNS, facilitando o tratamento e análise das próprias

exposições e permitindo o acompanhamento estatístico da participação dos cidadãos junto das instituições prestadoras de cuidados. Este permite também a monitorização dos processos em curso (DGS, DQS, Relatório Sistema SIM-Cidadão 2013).

É através do art.º 4 da Portaria nº 155/2009 de 10 de Fevereiro, que é reconhecido ao Departamento da Qualidade da DGS *"Gerir os sistemas de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado 'Sim Cidadão', e promover a avaliação sistemática da satisfação"*.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, como uma das prioridades estratégicas dos seus eixos fundamentais, assim como de acordo com as acções desenvolvidas no processo de busca da excelência da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, o Sistema Sim-Cidadão, foi Regulamentado (Despacho n.º 8958/2013, de 27 de junho, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde) para contribuir e permitir a avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadão utilizadores do SNS, para possibilitar a monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais, bem como avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos utentes do SNS.

Observatório Nacional de Apoio ao SIM-Cidadão

Concomitantemente, através do Despacho nº 5081/2005, com a criação do Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão, foi estabelecida a necessidade de monitorização das exposições apresentadas pelos utentes do SNS e acompanhamento do desempenho dos Gabinetes do Cidadão (que mais tarde mediante o art.º2 do Despacho nº 8958/2013 de 9 de Julho se passarão a designar como Gabinetes do Cidadão); dos indicadores de satisfação e níveis de satisfação dos utentes do SNS. Porém à Inspeção Geral das Actividades em Saúde (IGAS), compete a inspecção sobre o sistema e seus intervenientes, verificando o cumprimento de todas as disposições legais e das respectivas orientações aplicáveis por qualquer entidade ou profissional (art.º 2º do Decreto-Lei nº 275/2007).

Segundo o disposto no n.º 1 do Despacho n.º 5081/2005, 14 de Fev., o Observatório Nacional assegura a articulação, a nível nacional, entre os diversos observatórios regionais e tem as seguintes funções:

- a) Acompanhar os indicadores de satisfação e nível de participação dos utentes do SNS;*

b) Propor as medidas daí decorrentes, que poderão ser de carácter organizativo, normativo e legislativo;

c) Coordenar a formação no âmbito do sistema Sim-Cidadão;

d) Propor as alterações ao sistema em termos tecnológicos que se façam necessárias de forma a otimizar o seu funcionamento e ou adequá-lo a novas funcionalidades.

Observatório Regional de Lisboa e Vale do Tejo de Apoio ao Sim-Cidadão

Os Observatórios Regionais de Apoio ao Sim-Cidadão, surgiram ao abrigo do nº2 do Despacho n.º 5081/2005, 14 de Fev., com função de acompanhamento e monitorização, a nível regional, das exposições apresentadas pelos utentes do SNS nos Gabinetes do Utente ou através do Livro de Reclamações, e estão alocadas junto das Administrações Regionais de Saúde.

Tendo como referência o Observatório Regional de Lisboa e Vale do Tejo, integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), sobre a qual incide o estudo de caso deste trabalho, é possível referir que este funciona em proximidade com o Gabinete Jurídico e do Cidadão da ARSLVT, particularmente na unidade funcional do Gabinete do Cidadão e, segundo o disposto no artigo n.º 57 do Regulamento n.º 325/2010, 8 de Mar., respeitante ao Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., compete a este Gabinete:

a) Assegurar a gestão e acompanhamento dos procedimentos suscitados com a apresentação de reclamações ou sugestões pelos cidadãos e utentes no quadro da área geográfica da ARSLVT, I. P., quer quanto às actividades desenvolvidas pelas unidades de saúde do sector público, sector privado e sector social, fomentando o cumprimento dos procedimentos inerentes ao bom funcionamento dos gabinetes do utente e do cidadão;

b) Assegurar as funções inerentes à existência de um Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim -Cidadão, com o acompanhamento e monitorização das exposições e reclamações dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, que deram entrada no âmbito da ARSLVT, I. P., bem como a apresentação de inquéritos de satisfação dos utentes;

c) Informação dos utentes no tocante a direitos e deveres em relação aos serviços de saúde, facilitando o seu exercício efectivo;

d) No tocante às reclamações apresentadas sobre as unidades privadas de saúde, apresentação de propostas tendentes à melhoria dos procedimentos adoptados e que potenciem melhores níveis de desempenho por parte das unidades de saúde e dos respectivos serviços no tratamento das reclamações e sugestões, e na adopção de medidas de gestão adequadas;

e) Promoção de acções de formação para os responsáveis e profissionais dos gabinetes do utente e do cidadão dos serviços das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde da área de influência da ARSLVT., I. P.;

f) Divulgação dos relatórios anuais, com os indicadores mais significativos, relativamente às reclamações e sugestões apresentadas.

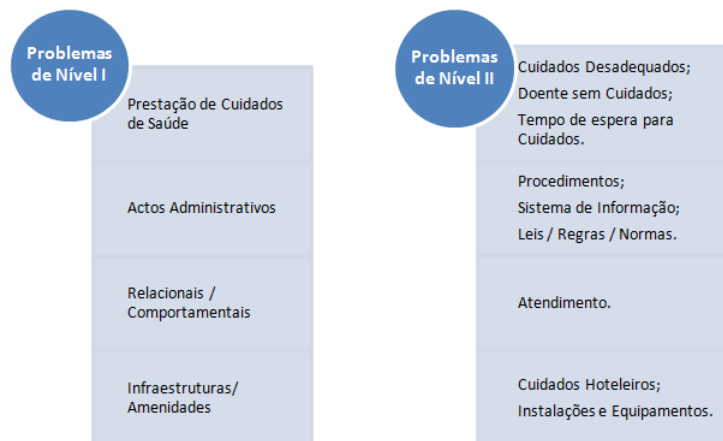
O processo de Reclamação através do Sistema Sim-Cidadão

De acordo com as publicações anuais Relatório SIM- Cidadão, do Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão, desde a sua primeira publicação em 2009 até ao presente; foi possível efectuar um enquadramento à metodologia de análise e tratamento dos dados contemplados nas sugestões, reclamações e elogios apresentados pelos utentes. A descrição apresentada foi elaborada de acordo com a análise dos Relatórios SIM-Cidadão.

A criação do Sistema SIM- Cidadão, veio permitir aos cidadãos exercer o seu direito de apresentar as suas exposições em qualquer entidade prestadora de cuidados de saúde do SNS. Essas mesmas entidades, tem a responsabilidade de inserir e registar as exposições dos cidadãos no sistema SGSR, em tempo real; não obstante a entidade onde é registada, o sistema prevê o reencaminhamento em tempo real da exposição recebida para a entidade visada (responsável pelo tratamento e resposta). A cada exposição, o sistema permite o registo de 3 ocorrências no máximo desde que de diferente tipologia (reclamação, elogio e sugestão); a cada ocorrência o sistema possibilita a triagem e tipificação visando um ou mais problemas, um ou mais serviços, um ou mais grupos profissionais e uma ou mais causas.

A tipificação das exposições é realizada através da análise de conteúdo em sede dos Gabinetes do Cidadão, categorizando-as em elogios, sugestões ou reclamações. No que concerne ao tratamento das reclamações, estas são tipificadas consoante o seu factor causal, sendo-lhe atribuída a classificação em dois níveis de problemas (Figura 6).

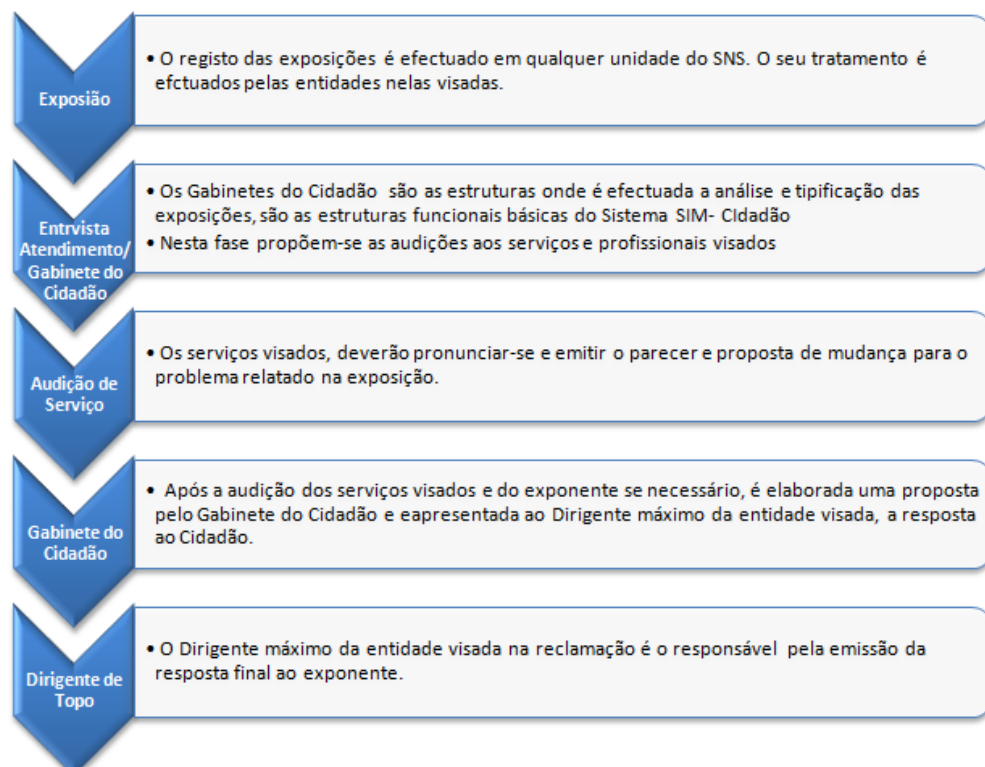
Figura 6: Problemas de Nível I e II



Fonte: Adaptado de DGS, DQS, Relatório Sistema SIM-Cidadão (2012)

A seguinte figura, descreve o processo de registo, análise e tratamento de cada exposição apresentada pelos Cidadãos através do SGSR.

Figura 7. O Circuito de registo, análise, tratamento e resposta da Exposição



Fonte: Adaptado de DGS, DQS, Relatório Sistema SIM-Cidadão (2012)

Após serem notificadas, as entidades devem num período de até 15 dias elaborar e emitir uma resposta aos exponentes (nº 5 do artigo 38º do Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de Abril). Desta

forma as organizações devem estruturar o seu processo de registo, análise e tratamento de exposições, de forma a tornar esta medida exequível. Contudo, caso exista a necessidade de prolongar o prazo de resposta, devido à complexidade do conteúdo a analisar, tal poderá ocorrer, sendo para isso necessário informar o exponente.

A Circular Normativa nº 12/DQS/DSD, de 4 de Agosto de 2009, da Direção-Geral da Saúde, no contexto do modelo organizativo dos cuidados de saúde primários, com a criação dos ACES, determina que em qualquer ponto do SNS, as exposições dão entrada imediata no SGSR.

As Reclamações dos Utentes do SNS – O Ponto de Situação

Todas as entidades apresentadas, desenvolvem as suas competências em torno da gestão das exposições dos utentes. Articulam-se de diversas formas e as suas funções não estão sobrepostas, pois a cada uma delas estão subjacentes diferentes objectivos. No entanto, é importante referir que está a decurso a reorganização e delimitação das posições, papéis e procedimentos que estruturam o modelo de gestão das exposições dos utentes do SNS.

A gestão das exposições na vertente da Qualidade em Saúde, é assumida pela DGS através do Departamento da Qualidade, do qual são seus objectivos a coordenação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde; e a definição e monitorização de indicadores para a avaliação do desempenho, acesso e prática, na área da qualidade, das unidades de saúde, (DGS, 2009), representam parte na política da qualidade a implementar nas instituições nacionais. No entanto, eram também competências do Departamento da Qualidade, prosseguidas pelo Observatório SIM-Cidadão, a gestão do sistema de monitorização e percepção da qualidade pelos utentes e a promoção da avaliação sistemática da satisfação. Tais competências foram deslocadas, e de acordo com os, artº13 e artº14 do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, passaram a ser responsabilidade da ERS, devendo a partir de então esta, garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, sem prejuízo das competências da Direção -Geral da Saúde e assegurar a apreciação das queixas e reclamações dos utentes do SNS, assim como monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas. Cabe a esta, também, assegurar o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção - Geral do Consumidor a toda a informação e sua natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, assim como o cumprimento do envio de relatórios periódicos às mesmas entidades para análise de tal informação (Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto).

O Sistema SIM-Cidadão, enquanto instrumento de garantia dos direitos dos utentes do SNS, deveria representar um recurso promotor da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. Neste âmbito foram apresentadas do Relatório SIM-Cidadão 2013 algumas propostas de melhoria, que podem estar na razão de algumas das actuais mudanças, assistidas no processo de Gestão das Reclamações dos utentes do SNS.

Desenvolvido como recurso promotor da melhoria da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, e enquanto instrumento de garantia dos direitos dos utentes do SNS, foi proposto que o SIM-Cidadão deveria sofrer uma redução dos seus custos de funcionamento; este deveria também configurar uma plataforma central em que os cidadãos pudessem exercer os seus direitos perante o SNS, devendo ainda ser objecto de avaliação quanto ao modelo em que operava.

No Relatório SIM-Cidadão de 2013, foi também dado ênfase à necessidade de um “up-grade” à plataforma informática - Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, proposta que deixava em aberta a opção de este passar a estar centralizado fora do Ministério da Saúde; mas que, passa-se a permitir gerir o movimento nacional de exposições apresentadas pelos cidadãos, tendo em vista funcionalidades como: a apresentação de exposições com prioridade em suporte informático; Optimização do processo de exposições; envio de alertas tendo em conta o tempo de resposta decorrido; monitorização da tramitação do processo das exposições; acompanhamento das diversas fases de tramitação das exposições; parametrização do tempo de espera em função da tipologia de cada exposição; indicadores de processo e de resultado sobre o movimento de exposições por região de saúde, ACES, Hospitais e ULS e Gestão das propostas das melhorias correctivas (DGS, DQS, Relatório Sistema SIM-Cidadão 2013)

De acordo com a Lei -quadro das entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo (2013); obrigou a algumas restaurações departamentais no seio da ERS. A sua nova estrutura orgânica passou a basear-se nas funções desempenhadas, com os novos departamentos dedicados a processos administrativos e sancionatórios; fiscalização e avaliação da qualidade; registo e licenciamento de prestadores; bem como elaboração de estudos e pareceres (ERS, 2014).

Resultantes dessas mudanças foram, o Departamento de Supervisão do Sistema de Saúde; o Departamento de Qualidade e Fiscalização; o Departamento de Apoio ao Regulado; o Departamento de Estudos e Regulação Económica; o Departamento Jurídico; e o Departamento de Apoio ao Utente, com especial importância no âmbito deste estudo, com

função de tratamento das reclamações dos utentes, independentemente do suporte por que sejam apresentadas, e concebe e gere o atendimento do Balcão do Utente (ERS, 2014).

Actualmente, e de acordo com a informação disponível no endereço eletrónico da Entidade Reguladora da Saúde, referente às reclamações que são suas atribuições; pode reclamar-se contra hospitais públicos e hospitais privados, clínicas, clínicas de medicina dentária, centros de saúde, consultórios médicos, centros de enfermagem, clínicas de medicina física e reabilitação, laboratórios de análises clínicas e unidades de cuidados continuados.

O processo de reclamação pode ser efectuado através de diferentes formas, utilizando o livro de reclamações, de disponibilização obrigatória nos estabelecimentos em que se efetue atendimento público. Mediante o tipo de estabelecimento que se pretende efectuar a reclamação, o Livro de Reclamações irá mudar. Se a reclamação for efectuada num estabelecimento não públicos, a reclamação será registada no Livro de Reclamações também designado por "Livro Vermelho" (a reclamação é registada no livro em triplicado e o original deve ser enviado pelo prestador à ERS); caso a reclamação seja efectuada num estabelecimento público, está será reportada no Livro de Reclamações designado "Livro Amarelo". Está também disponível e de fácil acesso ao utilizador no portal da internet da ERS, um formulário que os utentes podem também utilizar para expor as suas reclamações (Livro de Reclamações online). Também pode ser utilizado o método através do envio de texto formal de reclamação à empresa ou entidade que se pretende expor a reclamação. Tal poderá ser efectuado através de correio postal, fax ou correio eletrónico. É importante que seja enviada uma cópia da exposição à ERS para que esta possa intervir.

Tendo em consideração a fase de transição no âmbito das reclamações na saúde refere-se o documento consultado que refere a partir do dia 2 de fevereiro de 2015, as competências que estavam conferidas ao Sistema SIM-Cidadão, fixadas pelo Despacho nº 8958/2013, de 27 de junho, passam a ser assumidas pela Entidade Reguladora da Saúde assegurados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto (DGS, 2015).

Desta forma as reclamações, sugestões e elogios apresentadas por utentes deixam de ser registadas no Sistema de Gestão de Reclamações e Sugestões. Consequentemente o Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão e o Sistema SIM-Cidadão, serão extintos. Mantem-se o funcionamento dos gabinetes do cidadão, existente na rede de cuidados primários e hospitalares, visto serem estruturas funcionais integradas na orgânica dos

Agrupamentos de Centros de Saúde, dos hospitais e centros hospitalares, nos termos da legislação que lhes é aplicável, respetivamente (DGS, 2015)

As Práticas Internacionais: a Participação dos Utentes e as Reclamações

De acordo com a recomendação emitida pelo *European Union Council Recommendation on patient safety*, (2009/C 151/01), é evidenciada a importância para que todos os países dos Estados Membros possuam sistemas adequados de participação dos utentes, permitindo assim que estes, bem como as suas famílias, possam expressar as considerações relativas ao seu contacto com os serviços de saúde (European Union, Council Recommendation, 2009).

Com o objectivo de melhorar a qualidade e os níveis de segurança dos utentes, é importante que exista um sistema de registo de eventos/experiências, ao alcance de todos os utentes, profissionais e famílias. Desta forma e através da sua investigação, será possível identificar aspectos negativos, passíveis de intervenção que se podem traduzir em oportunidades de melhoria para os prestadores de cuidados e para as organizações. Pode considerar-se um sistema adequado de participação, como um bom indicador de segurança dos utentes (European Commission, Reporting and learning systems for patient safety across Europe, 2014).

As reclamações são expressões de não satisfação e requerem que lhes seja atribuída a devida importância e a resposta ao problema evidenciado (NHS, 2014).

De acordo com a evidencia internacional, os países que podem ser considerados como referência devido à sua experiência e desenvolvimento no âmbito dos sistemas de processamento de reclamações nos seus serviços de saúde são Irlanda, Escócia, Nova Zelândia, Austrália, Canada, Alemanha, Holanda e Inglaterra. Os seus sistemas de tratamento de reclamações, podem ser considerados como exemplos típicos de boas práticas (Lister, *et. al.*, 2008).

Embora no âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalares, e não concretamente nos Cuidados de Saúde Primários, as referências abaixo apresentadas, poderão ser considerados como exemplos e fonte de informação complementares para a problemática que representam as reclamações nos CSP.

O exemplo inglês, descrito no *The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*, presidido pelo autor, Robert Francis descreve na publicação de Fevereiro de 2013: *Inquiry into*

the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, algumas afirmações relativas à importância das reclamações dos utentes no NHS.

O autor, referiu que um serviço de saúde que não valorize as reclamações dos seus doentes, é um serviço que não valoriza as necessidades dos mesmos e que ignora os avisos, de que há um problema que necessita de correcção. De acordo o mesmo, há serviços de saúde que ignoram os “sinais de aviso” dos utentes, em prol do controlo dos custos (Francis, 2013).

No âmbito hospitalar, o *Review of NHS Hospitals Complaint System - Putting Patients Back in the Picture (2013)*, descreve as cinco principais causas de reclamação enumeradas pelos utentes em que referem: **Falta de informação** – sentem-se desinformados acerca dos cuidados a que são submetidos; **Compassion** – mencionam não terem sido tratados com a compaixão que estes gostariam; **Dignidade dos Cuidados** – sentem-se negligenciados ao não serem ouvidos; **Comportamentos dos profissionais** - por vezes os profissionais, estão demasiado ocupados o que transmite falta de apoio; **Recursos** – escances falta de recursos, nomeadamente relacionadas com as condições de hotelaria.

De acordo com o mesmo documento foram entre utentes, familiares, amigos feitos 400 inquéritos sobre o que as pessoas gostariam de ver como melhora no âmbito das reclamações tendo em base as suas experiências e conhecimentos na área. Como respostas, obtiveram um conjunto de 9 temas:

Tabela 3: Adaptado de acordo com *Key point raised by themes*

<i>Key point raised by themes</i>	Os utentes inquiridos pretendem
Informação e Acessibilidade	Um processo de reclamação claro, simples e de fácil utilização.
Ausência de Medo	Que as suas reclamações não se tornem em represálias futuras.
Sensibilidade	Que as suas reclamações sejam tratadas com a devida importância.
Capacidade de Resposta	Uma resposta pessoal, que vá de encontro ao que foi a sua reclamação.
Rapidez no Processo	Que o processo de reclamação, seja o mais rápido possível.
Simplicidade no Processo	Que o processo de reclamação, seja o mais simples possível, e focado apenas num organismo ou instituição.
Acompanhamento	Que a reclamação, possa ser efectuada com a ajuda de um profissional.
Eficácia	Que as suas reclamações, sejam representativas, prevenindo a repetição de erros no futuro.
Sigilo	Que todo o processo inerente à reclamação seja sigiloso, e com especial atenção nas situações que o <i>report</i> trata graves problemas.

Fonte: A Review of NHS Hospital Complaints System – Putting Patient back in the Picture (2013)

Um sistema de relação, que não seja eficiente para permitir expor devidamente as reclamações dos utentes, não só permite que as más práticas ou eventuais problemas persistam, como também irá a gravar a qualidade da relação entre o utente e o serviço de saúde (Francis, 2013).

Parte II – Metodologia da Investigação

Capítulo I - Metodologia

Esta fase, caracteriza a determinação dos métodos e procedimentos a utilizar, no processo de investigação.

De acordo com Fortin (2003), nesta fase o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, ou às hipóteses formuladas. É necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, descrever um fenómeno, examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses.

A metodologia, consiste num conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um conteúdo textual, de forma a desvendar e permitir interpretar ocorrências. (Coutinho, 2013). Esta é uma fase decisiva num trabalho de investigação pois, só através da utilização dos métodos adequados, é possível obter conclusões e respostas à pergunta que levou ao desenvolvimento de toda a investigação

As opções metodológicas seguidas, foram determinadas segundo o tipo de problema em estudo, pelos objectivos definidos e pela bibliografia consultada.

No âmbito deste estudo, pretende-se que a metodologia aplicada, permita identificar a forma como as reclamações dos utentes nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, podem contribuir para a melhoria da qualidade nos referidos serviços de saúde. Considerou-se adequada a realização de uma pesquisa qualitativa, com carácter exploratório.

Uma abordagem Qualitativa, enquadra-se no contexto da investigação, e de acordo com Fortin (2003), este tipo de estudo pretende explorar perspectivas e experiencias, proporcionado novo conhecimento ao investigador e a obtenção de uma perspectiva e visão mais clara e completa de um determinado tema. A análise de conteúdo do tipo exploratório, realiza-se em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (Bardin, 2014).

Para se efectuar o tratamento dos dados obtidos, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2014), corresponde ao método utilizado para a análise de texto de estudos efectuados, em que os dados se representam sob a forma de texto. É um método utilizado, quando as perguntas, originam dados textuais dos quais é necessário extrair sentido.

População e Amostra

No sentido de prosseguir o estudo é necessária uma população alvo ou seja, pessoas dentro da temática que tenham as mesmas características e que sejam do interesse do investigador.

A população compreende todos os elementos que partilham características comuns, sendo ainda definida, pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 2003).

Neste estudo, foi definida como população, os 15 Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão de todos os ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, pois são os responsáveis pela monitorização das reclamações nas referidas unidades de saúde. Foram também consultados e auscultados o Coordenador do Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão e a Coordenadora do Observatório Regional do Sistema SIM-Cidadão da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de forma a melhor compreender e explorar um pouco mais o tema subjacente à investigação, de uma mais próxima, através dos comentários de quem nela trabalha.

A técnica de amostragem utilizada, foi intencional e por conveniência, uma vez que existe interesse na opinião, acção, interesse, etc., de determinados elementos concretos, como é descrito pelos autores, Lakatos e Marconi (2002). Neste estudo, a amostra conseguida foi de 8 respostas ou seja, 8 Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão de todos os ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Meio

Tendo em conta a natureza deste estudo, considera-se importante esclarecer o meio em que este se desenvolve. Fortin (2003), refere que é o investigador quem define o meio onde o estudo irá decorrer e justifica a sua escolha diz também que é necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética.

De acordo com dados da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDR LVT), a Região de Lisboa e Vale do Tejo é composta por cinco Sub-Regiões: Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo, Oeste e Lezíria do Tejo, 52 concelhos e 355 freguesias a que corresponde uma área territorial de 12.204 Km², uma população de aproximadamente 3.7 milhões de habitantes e uma densidade populacional de 312 habitantes/km². Esta representa aproximadamente 13 % da área geográfica do território

nacional e concentra também aproximadamente 34% da população total de Portugal. A ARSLVT integra 15 ACES criados no âmbito da Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de Novembro. Estes dados, para além de caracterizarem a amostra, podem evidenciar representatividade da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo face às características demográficas que esta representa.

Os critérios para a selecção do meio, foram influenciados pela proximidade e facilidade de acesso. Optou-se assim pela Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Método e Instrumento de Recolha de Dados

Considerando o âmbito do estudo e os objectivos preconizados, utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário de aplicação directa, que segundo Quivy e Campenhoudt (2003), consiste em colocar aos inquiridos, um conjunto de perguntas estabelecidas pelo investigador. De tal forma, o instrumento representa a ferramenta que permite recolher as expressões dos participantes no estudo.

O questionário é um instrumento que pode permitir o estudo de pessoas singulares ou colectivas. Apesar de, como limitação, não possibilitar o aprofundamento das questões com cada sujeito, permite porém uma maior redução dos custos na sua aplicação, possibilita a garantia de anonimato e liberdade de participação no estudo e ainda facilita a comparação entre os sujeitos de acordo com a informação das suas respostas (Fortin, 2003).

O questionário aplicado, foi elaborado para a aplicação propositada neste estudo. Desenvolveu-se com base no trabalho de revisão bibliográfica efectuado, e em conjunto com o Orientador e Co-Orientador, assim como com a colaboração do Observatório Regional do Sistema SIM-Cidadão que proporcionou os dados desagregados utilizados, referentes às causas mais mencionadas nas reclamações nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no ano de 2013 e período de 2014.

Para dar suporte e permitir o enquadramento do questionário, elaborou-se uma carta de apresentação, de forma a assegurar que todos os participantes no estudo, fossem devidamente esclarecidos acerca dos objectivos do mesmo, da não obrigatoriedade da participação e do anonimato do inquirido e da respectiva instituição.

O questionário foi enviado através de correio electrónico para os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão dos 15 ACES na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, tendo os endereços de correio sido disponibilizados pela Coordenação do Observatório Regional do Sistema SIM-

Cidadão da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Foi possível aos participantes no estudo, responderem ao questionário através da plataforma de estudos estatísticos Survey Monkey.

O questionário aplicado, (Anexo A), constitui-se seguinte forma: uma carta de apresentação inicial e um total de cinco questões.

Na primeira questão, de resposta fechada, apresentam-se as 13 principais causas mais mencionadas nas reclamações nos ACES, de acordo com a designação e suporte dos dados desagregados relativos às causas de reclamação disponibilizados pela Coordenação do Observatório Regional do Sistema SIM-Cidadão. Questionaram-se os Coordenadores dos Gabinetes do Cidadão e foi pedido que os mesmos indicassem as que foram as 5 causas mais mencionadas nas reclamações nos ACES onde desempenham funções, classificando numa escala de 1 a 5 em que 1 corresponde à primeira causa de reclamação e 5 à 5ª causa de reclamação.

Na perspectiva de que as reclamações podem representar/identificar oportunidade de melhoria no âmbito dos serviços de saúde, elaboraram-se as seguintes três questões, de resposta aberta, que pretendem identificar as principais medidas e/ou acções correctivas (das causas das reclamações), adoptadas no âmbito de cada ACES; identificar as principais limitações verificadas durante o processo de implementação das medidas correctivas das causas de reclamação e saber quais os resultados alcançados ao longo do ano de 2014 em cada um dos ACES questionados.

A última questão, de resposta aberta, pretende, baseada na experiência profissional dos Coordenadores do Gabinete do Cidadão, identificar recomendações prioritárias e/ou fundamentais que permitam a melhorar a qualidade e reduzir as reclamações.

Pré – Teste

Esta fase do estudo, permitiu efectuar algumas correcções ou modificações ao questionário de forma a resolver problemas imprevistos e verificar a adequação das questões e operacionalidade do mesmo.

O pré – teste, para Fortin (2003), permite verificar se os termos utilizados são facilmente compreendidos por parte dos participantes, se a forma como estão estruturadas as questões permite obter a informação desejada, se o tipo de perguntas não provoca desinteresse por parte dos sujeitos e se as questões não apresentam ambiguidade. Assim e segundo o mesmo

autor tem por objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, sendo possível se necessário efectuar modificações.

Neste estudo o pré-teste foi aplicado a três especialistas na área da Qualidade em saúde, que apresentam conhecimentos e características comuns aos Coordenadores do Gabinete do Cidadão nos ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Após a sua aplicação, efetuaram-se apenas pequenas alterações, tendo-se finalmente considerado o questionário válido para aplicação.

Tratamento e Análise de Dados

A análise dos dados é fundamental, para a consecução dos objectivos propostos. Segundo Fortin (2003), a análise de dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. A análise dos mesmos, independentemente das suas características, consiste em organizar, fornecer uma estrutura e extraíndo-lhes significado. Neste processo, estabelecem-se dimensões, categorias, tendências, padrões e relações, para que os dados evidenciem o seu significado. (Polit e Hugler, 2001).

Para Bardin (2014), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que permitem a análise dos dados, em que através de procedimentos sistemáticos de descrição dos conteúdos contidos nas mensagens.

Princípios Éticos

O processo da colheita de dados para este estudo, foi executado respeitando os princípios éticos com vista a proteger todos os participantes neste estudo de possíveis prejuízos que surdissem após o preenchimento dos questionários, como tal realizou-se uma explicação dos objectivos da investigação e que a sua participação na mesma é totalmente anónima.

Segundo a autora Fortin (2003), a investigação pode por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é necessário tomar todas as disposições para os proteger. Como tal, foram determinados pelo código de ética princípios ou direitos fundamentais aplicados às pessoas:

i)Direito pela autodeterminação que consiste no direito das pessoas decidirem livremente sobre a sua participação ou não numa investigação (Fortin,2003). Este foi garantido através da carta de apresentação do questionário na plataforma Survey Monkey, na qual era

explicado aos Coordenadores dos Gabinetes do Cidadão da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, quais os objectivos do estudo e conferindo-lhes a autonomia, para decidir a sua participação no estudo. De referir que foi também mencionado, que os mesmos eram livres de não responder na totalidade ou desistir a qualquer momento.

ii) Direito à intimidade que esta relacionado com a liberdade da pessoa em decidir sobre a extensão da informação a dar, enquanto participa numa investigação e também a determinar em que medida esta aceita partilhar informações (Fortin,2003).Este direito foi garantido através do esclarecimento dos participantes, e pela oportunidade de participarem sem nunca se identificarem, ou ter forma de identificar a proveniência dos questionários.

iii) Direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais (Fortin,2003). O anonimato foi assegurado pelas implementadas na elaboração do questionário através da Plataforma para estudos Survey Monkey.

Parte III – Resultados da Investigação

Capítulo I - Apresentação e Interpretação dos Dados

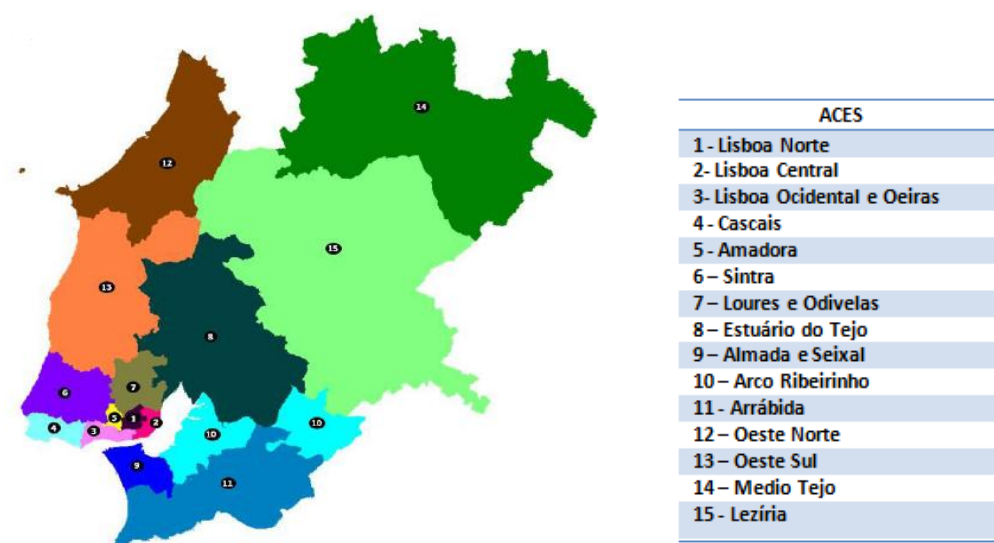
Como o objectivo de tornar clara a apresentação e interpretação dos dados considerou-se fundamental, tecer algumas considerações prévias:

O sistema SIM-Cidadão foi concebido para dar voz ao cidadão, permitindo-lhe apresentar todas as suas considerações relativamente às unidades prestadoras cuidados de saúde do SNS e seus intervenientes. O Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR), como plataforma informática permite o tratamento das exposições independentemente da sua tipologia podendo estas representar: reclamações, sugestões ou elogios. É através dos Gabinetes do Cidadão, que é efectuada a análise de conteúdo das exposições e a sua correcta classificação e posterior introdução no SGSR.

Os dados apresentados, foram apurados através do questionário aplicado, enviado aos 15 Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão dos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, assim como dados públicos obtidos através da consulta de documentos de referência, como os relatórios anuais do Sistema SIM-Cidadão ou os Relatórios de Actividade da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

De forma a contextualizar e melhor compreender os ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, apresenta-se a sua localização geográfica (Figura 11), assim como o número de utentes inscritos nos mesmos (Figura 12).

Figura 8: Mapa da Localização Geográfica dos 15 ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: Adaptado de Plano de Atividades – ARSLVT, IP – 2014

Tabela 4: Número de Utentes inscritos por ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Unidades	Número de Utentes inscritos
Aces Almada – Seixal	358649
ACES Amadora	187902
ACES Arco Ribeirinho	228093
ACES Arrábida	240490
ACES Cascais	192699
ACES Estuário do Tejo	233752
ACES Lezíria	203243
ACES Lisboa Central	275481
ACES Lisboa Norte	249346
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	234009
ACES Loures-Odivelas	363509
ACES Médio Tejo	235549
ACES Oeste Norte	180641
ACES Oeste Sul	204104
ACES Sintra	368918
Total	3.756.385

Fonte: Adaptado de, ARSLVT, Boletim Estatístico 2013 CSP

Apresenta-se então no âmbito desta fase do estudo, a análise e interpretação dos dados apurados de acordo com a metodologia referida e no propósito do cumprimento dos objectivos que definem o estudo.

No contexto da análise dos dados apurados apresenta-se relativamente aos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: os principais indicadores sobre o número de reclamações, efectuado a comparabilidade entre o ano 2013 e primeiro semestre de 2014; as principais causas de reclamação no ACES; as medidas e/ou acções correctivas das causas das reclamações; as principais limitações verificadas durante o processo de implementação das medidas correctivas; os principais resultados alcançados ao longo de 2014; assim como as recomendações prioritárias dos Coordenadores Locais no âmbito das reclamações nos ACES em que incidiu o estudo.

Tabela 5: Número de Reclamações por ACES na ARSLVT desde ano 2012 até 1º Semestre de 2014

Unidades	Número de reclamações no ano 2012	Número de reclamações no ano 2013	Número de reclamações no 1º semestre de 2013	Número de reclamações no 1º semestre de 2014
Aces Almada – Seixal	883	1144	384	176
ACES Amadora	363	674	270	286
ACES Arco Ribeirinho	574	467	194	161
ACES Arrábida	286	638	293	233
ACES Cascais	373	412	153	130
ACES Estuário do Tejo	521	524	352	528
ACES Lezíria	332	293	175	167
ACES Lisboa Central	825	744	440	340
ACES Lisboa Norte	103	455	12	5
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	576	584	259	229
ACES Loures-Odivelas	713	841	367	497
ACES Medio Tejo	275	437	220	133
ACES Oeste Norte	286	244	156	117
ACES Oeste Sul	425	494	344	221
ACES Sintra	695	720	372	444
Total	7230	8671	3991	3667

Fonte: Dados ARSLVT e Relatórios SIM-Cidadão

Do total de questionários enviados aos 15 Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão dos ACES na Região de Saúde e Vale do Tejo obteve-se a resposta de 8.

Analisaram-se as respostas aos questionários, após recebidas na plataforma para estudos *Survey Monkey* e posteriormente os mesmos foram organizados sob a forma de tabelas em *Excel*.

De acordo com as respostas recebidas, verificou-se que um questionário apresentava uma questão em branco - não respondida.

Para se efectuar o tratamento dos dados, foram aplicadas as técnicas de análise de conteúdo para dessa forma organizar o conteúdo das respostas. Para Bardin (2014), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise que permitem analisar o conteúdo de mensagens ou comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência e o raciocínio dedutivo desse conhecimento. É uma técnica qualitativa, rigorosa e objectiva, através da qual se estrutura a informação, neste caso conteúdo dos questionários, possibilitando uma mais correcta interpretação da mesma.

De acordo com a informação recolhida, para se proceder à análise do seu conteúdo, foram criadas categorias que partilham características comuns à informação, o que permitiu agrupá-la de forma mais objectiva e comparável. De acordo com Bardin (2014), Para se proceder de

acordo com esta técnica, segundo Bardin (2014), é necessário efectuar-se uma pré-análise, exploração do material e o tratamento de resultados.

De acordo com o princípio ético do anonimato respeitado no estudo, os questionários identificam-se através de códigos (Q1-Q8), salvaguardando-se assim o anonimato dos participantes. Verificou-se a inexistência de informação ou forma de expressão que pudesse ser interpretada como elemento indetificador.

Após a análise das respostas obtidas, examinou-se o conteúdo das mesmas. Considerou-se a informação de tendo em conta o objectivo da investigação, e procedeu-se à sua organização de acordo com os seus constituintes, palavras, afirmações e conceitos que possa conter informação relevante e adequada.

Neste ponto procede-se à apresentação dos resultados obtidos no trabalho de campo.

Tabela 6 - Resultados à questão “Atendendo às causas de reclamação mais mencionadas nos ACES na ARSLVT, no ano de 2013, por favor enumere, aquelas que foram as 5 principais causas de reclamação no ACES que desempenha funções (...)”

Principais causas de reclamação nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e vale do Tejo				
Q1	1-Tempo de espera para consulta de clínica geral	2-Falta de informação aos utentes/família em tempo útil	3- Dificuldade em inscrição em médico de família	4- Dificuldade de marcação de consulta
Q2	1 - Falta de pessoal médico	2- Recusa de consulta	4 -Recusa de credenciais/receitas	3 -Tempo de espera para atendimento médico
Q3	1- Dificuldade de marcação de consulta	2- Recusa de consulta	3 - Falta de pessoal médico	4- Dificuldade em inscrição em médico de família
Q4	1- Dificuldade de marcação de consulta	2- Falta de pessoal médico	3- Tempo de espera para atendimento médico	4- Tempo de espera para consulta de clínica geral
Q5	1 - Falta de pessoal médico	2- Dificuldade de marcação de consulta	3- Desadequação do sistema de marcação de consultas	4- Demora no atendimento administrativo
Q6	1- Dificuldade de marcação de consulta	2- Dificuldade em inscrição em médico de família	3- Falta de informação aos utentes/família em tempo útil	4- Recusa de consulta
Q7	1 - Falta de pessoal médico	2- Recusa de consulta	3- Tempo de espera para atendimento médico	4- Tempo de espera para consulta de clínica geral
Q8	1- Recusa de consulta	2- Dificuldade de marcação de consulta	3- Tempo de espera para atendimento médico	4- Taxas moderadoras

De acordo com os resultados obtidos, resposta à questão “Atendendo às causas de reclamação mais mencionadas nos ACES na ARSLVT, no ano de 2013, por favor enumere, aquelas que foram as 5 principais causas de reclamação no ACES que desempenha funções (...)”, apresenta-

se o resultado, das 5 principais causas de reclamação mais mencionadas no contexto mencionado.

1ª “Dificuldade de marcação de consulta”;

2ª “Falta de pessoal médico”;

3ª “Recusa de consulta”;

4ª “Tempo de espera para atendimento médico”;

5ª “Falta de informação aos utentes/ família em tempo útil”.

Apurou-se a seguinte classificação através da organização das principais causas de reclamação mais mencionadas, numa escala de avaliação que clarificou e permitiu interpretar as respostas obtidas.

A classificação foi apurada de acordo com os resultados obtidos e através aplicação de uma escala de avaliação em que se organizaram as causas de reclamação considerou-se: 1 mais forte e 5 mais fraco; o que permitiu alcançar os resultados apresentados.

Tabela 7 - Resultados à questão: " Considerando aquelas que foram as 3 principais causas de reclamação que mencionou anteriormente, por favor descreva, as 3 principais medidas e/ou acções correctivas adoptadas no âmbito do ACES onde desempenha funções."

Principais medidas e/ou acções correctivas adoptadas no âmbito de cada ACES		
Q1	- Incapacidade por falta de médicos	- Reforço de informação aos utentes
Q2	- Reorganização da lista de utentes de cada médico - Sobrecarga da Lista de utentes de cada Médico	- Incapacidade por falta de médicos - Reorganização da lista de utentes de cada médico - Sobrecarga da Lista de utentes de cada Médico - Comunicado à ERS Devem manter-se TMRG
Q3	- Não depende de decisão local	- Recursos tecnológicos ultrapassados - Consequente dificuldade em marcação de consulta - Incapacidade por falta de autonomia de decisão local
Q4	- Comunicada a falta de médicos e solicitada a contratação dos mesmos	- Comunicada a falta de médicos e solicitada a contratação dos mesmos - Comunicada falta de médicos e solicitado ingresso
Q5	- Aumento da carga horária dos Médicos	- Reorganização da lista de utentes de cada médico - Optimizar a gestão dos recursos humanos existentes
Q6	- Reforço das equipas médicas	- Reorganização da lista de utentes de cada médico - Optimizar a gestão dos recursos humanos existentes - Atualizar listas de Utentes - Incentivo aos profissionais para a transmissão de informação: - De forma perceptível aos utentes - Em tempo útil
Q7	- Aumento da carga horária dos Médicos - Sobrecarga da Lista de utentes de cada Médico	- Sobrecarga da lista de utentes de cada médico
Q8	- Elaborada, divulgada e implementada norma de gestão das consultas	- Elaborada, divulgada e implementada norma de gestão das consultas - Elaborada, divulgada e implementada norma de gestão das consultas

Após se ter procedido à análise das respostas, definiram-se categorias que permitiram uniformizar e agrupar algumas respostas com conteúdos semelhantes. De tal forma, procedeu-se à análise das principais medidas e ou acções correctivas adoptadas no ACES face às principais causas de reclamação mencionadas.

Considerando-se a causa de reclamação ***"Dificuldade de marcação de consulta"***, de acordo com os resultados obtidos, foram adoptadas como medidas ou acções correctivas relativas, divulgação e implementação de uma norma de gestão das consultas (Q8), o Reforço das equipas médicas (Q6), a Reorganização da lista de utentes de cada médico (Q5), *" Sinalizar junto da direcção do ACES e coordenação da unidade a situação..."*, Comunicada a falta de médicos e solicitada a contratação dos mesmos (Q4) e foi também referido a limitação que *"Não depende de decisão local"* (Q3).

Analisando a **“Falta de pessoal médico”**, identificam-se como medidas e ou acções correctivas enunciadas para esta causa de reclamação o Aumento da carga horária dos médicos em serviço (Q7 e Q5), a Sobrecarga da lista de utentes de cada médico (Q7 e Q2), Comunicada a falta de médicos e solicitada a contratação dos mesmos (Q4), Não depende da decisão local (Q3), e a Reorganização da lista de utentes de cada médico *“...médico em consulta de recurso realizada pelos restantes médicos da Unidade.”* (Q2).

De acordo com a Causa de reclamação **“Recusa de consulta”** foram adoptadas como medidas ou acções correctivas relativas a esta a Elaboração, divulgação e implementação de uma norma de gestão das consultas (Q8) e Sobrecarga da lista de utentes de cada médico *“Aumento do nº de utentes em ficheiros médicos incompletos”* (Q7), Reorganização da lista de utentes de cada médico (Q2).

Considerando o **“Tempo de espera para atendimento médico”**; foram consideradas como medidas ou acções correctivas para esta causa de reclamação a Elaboração, divulgação e implementação de uma norma de gestão das consultas (Q8), Comunicada a falta de médicos e solicitada a contratação dos mesmos (Q4) e um coordenador menciona ter recebido um Comunicado da ERS, indicando que se devem manter os TMRG (Tempos Máximos de Resposta Garantidos) *“ Foi reenviada recomendação da ERS relativamente ao dever de cumprimentos dos TMRG”* (Tempos Máximos de Resposta Garantidos) de (Q2).

Analisando a **“Falta de informação aos utentes/ família em tempo útil”**, identificaram-se como medidas e ou acções correctivas para esta causa de reclamação o Incentivo aos profissionais para a transmissão de informação *“Sensibilização dos serviços administrativos sobre a importância da transmissão de informações em tempo útil e de forma clara ”* (Q6) e Reforço de informação aos utentes *“ Temos alertado as unidades mas por vezes os utentes não estão atentos à informação disponível.”* (Q1).

Tabela 8 - Resultados à questão “ Por favor identifique as 3 principais limitações verificadas durante o processo de implementação das medidas correctivas.”

Limitações verificadas durante o processo de implementação das medidas correctivas.			
Q1	NR	NR	NR
Q2	1 - Recursos humanos insuficientes (Médicos)	2 - Falta de motivação dos profissionais Excesso de carga de trabalho	3 - Dificuldade em : - Motivar profissionais - Colmatar falta de recursos humanos
Q3	1 - Recursos humanos insuficientes (Médicos)	2 - Recursos humanos insuficientes (médicos) - Solução não depende de poder Local	3 - Recursos humanos insuficientes (médicos) - Solução não depende de poder Local
Q4	1 - Recursos humanos insuficientes: - Médicos - Enfermeiros - Assistentes técnicos	2 - Recursos humanos insuficientes (Médicos)	3- Tempo de consulta ultrapassado
Q5	1 - Recursos humanos insuficientes: - Médicos - Enfermeiros - Assistentes técnicos	NR	NR
Q6	1 - Recursos humanos insuficientes	2 - Falta de motivação dos profissionais	3 - Excesso de carga de trabalho - Fadiga dos Profissionais
Q7	1 - Recursos humanos insuficientes (Médicos)	2 - Falta de formação dos profissionais	NR
Q8	1 - Recursos humanos insuficientes	2 - Recursos humanos insuficientes	3 - Incumprimento de Horários de trabalho - Tempo de consulta ultrapassado - Falhas de equipamento informático

Apresentam-se os resultados de forma a estabelecer-se a relação entre as principais causas de reclamação e as limitações verificadas durante o processo de implantação das medidas correctivas.

Após uma análise geral das respostas verificou-se que o insuficiente número de recursos humanos disponíveis, foi considerada pelos Coordenadores Locais dos Gabinetes do cidadão como sendo a maior limitação na implementação de medidas correctivas às principais causas de reclamação.

No âmbito da causa de reclamação “**Dificuldade de marcação de consulta**”, o factor Recursos Humanos Insuficientes, foi indicada como sendo limitação mais mencionada pelos coordenadores. Durante o processo de implementação das medidas correctivas o “*Nº de profissionais insuficientes*” (Q8); a “*Falta de recursos humanos*” (Q6); a “*...Falta de recursos...médicos em 2013:9 e 2014:17...enfermeiros em 2013:21 e 2014:4...assistentes*

técnicos em 2013:8 e 2014:19...” (Q4) e a “ Falta de médicos de família” (Q3), foram os exemplos citados.

Considerando-se a **“Falta de pessoal médico”**, foi igualmente apontada como a limitação mais indicada a causa Recursos Humanos Insuficientes. No processo de implementação das medidas correctivas desta causa de reclamação, foi concretamente mencionada a *“Escassez de recursos médicos”(Q7)*, a *“falta de...médicos/administrativos/enfermagem”(Q5)*, a *“ Falta de recursos médicos de Medicina Geral e Familiar...2013:9 e 2014:17” (Q4)*, a *“Falta de médicos “(Q2) e que a “ Solução não depende do poder local” (Q3).*

Relativamente à **Recusa de consulta**, foram aludidas como limitações à implementação de medidas correctivas o problema dos Recursos Humanos Insuficientes, *“Nº de profissionais insuficientes face à procura de serviços” (Q8)*; a Falta de motivação dos profissionais *“Médicos desmotivados...”(Q2)*; o Excesso de carga de trabalho *“ Médicos...com pouca disponibilidade de tempo para...consulta de utentes s/ médico”(Q2)* e a *“ Solução não depende do poder local” (Q3).*

Procedendo-se à análise à causa de reclamação o **“Tempo de espera para atendimento médico”** verificou-se que as limitações mais mencionadas, durante o processo de implementação das medidas correctivas indicadas pelos coordenadores locais dos gabinetes do cidadão dos ACES, foram o Incumprimento dos horários devido à *“Falta de pontualidade dos profissionais...” (Q8)*; pelo tempo de consulta ultrapassado devido a *“...dificuldade em gerir tempo o tempo de consulta...” (Q8)* e *“Quando as primeiras consultas...ultrapassam o tempo médio... as seguintes atrasam.” (Q4)*. São também indicadas como limitações a Dificuldade em motivar os profissionais e colmatar a falta de recursos humanos (Q2) bem como por vezes os atrasos ocorrem devido a *“... falhas no equipamento ou no sistema informático” (Q8).*

No âmbito da **“Falta de informação aos utentes/ família em tempo útil”**, refira-se que foram evidenciadas a fadiga e o excesso de carga de trabalho dos profissionais (Q6), como sendo limitações constatadas durante o processo de implementação das medidas correctivas desta causa de reclamação.

Tabela 9 - Resultados à questão: " Atendendo às estratégias, medidas e iniciativas adoptadas, em função das principais reclamações identificadas em 2013 no ACES onde desempenha funções, por favor identifique os principais resultados alcançados ao longo de 2014." .

Principais Resultados Alcançados ao longo de 2014.	
Q1	Não há resultados positivos visíveis, pois não foi possível ultrapassar a necessidade de médicos
Q2	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas situações foram resolvidas através de reuniões internas com profissionais administrativos; - Gabinetes do Cidadão apoiam/ esclarecem utentes e profissionais; - Tentativa de flexibilizar ao máximo agendamento das consultas médicas mediante situação apresentadas por utentes - Utentes mais esclarecidos e sensibilizados com profissionais não reclamam tanto
Q3	Não foram monitorizados resultados
Q4	<p>Sucessiva redução dos recursos humanos; Percentagem de utentes sem médico de família passou de 22,7% (2013) para 25,7% em 2014 o que representa neste caso aproximadamente 65000 utentes; Agravamento da situação no início de 2015 devido à saída de médicos no final de 2014; Solicitado à ARSLVT um aumento de médicos, para colmatar a necessidade de 500h/semana; ACES trabalha no limite de canalizar médicos para unidades com maior necessidade de cobertura; Gestão de proximidade com unidades funcionais e respectivos responsáveis locais permitiu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aliado à formação interna dos profissionais foi possível melhorar níveis de informação dos utentes e dos próprios funcionários sobre taxas moderadoras, - Melhorar o resultado das reclamações através de formação dos assistentes técnicos sobre carta dos direitos do acesso ao SNS e Acesso ao SNS por cidadão estrangeiros; - Normalizar/padronizar procedimentos em todas as áreas, com exemplo dos assistentes técnicos de atendimento que demonstrou um maior envolvimento e notável melhoria da qualidade
Q5	<p>Resultados alcançados pouco significativos. Não foi possível colmatar a falta de recursos humanos em 2014. Reorganização dos serviços, permitiu minorar um pouco a situação</p>
Q6	Realização formação a todos os Responsáveis Técnicos sobre Taxas Moderadoras e criação de um manual para consulta; Criação de 1 nova USF e preparação de mais 2.
Q7	<p>No início de 2014 conseguiu-se maior cobertura assistencial aos utentes, que foi novamente afectada após a saída de médicos, a maioria por aposentação. Voltou a registar-se um défice de cobertura</p>
Q8	Redução do nº de Reclamações devido ao tempo de espera

De acordo com os resultados obtidos, identificam-se os principais resultados alcançados. Descrevem-se os mesmos, de acordo com o mencionado por cada um dos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão que participaram neste estudo (Q1-Q8), e efectua-se a relação dos resultados com as correspondentes causas de reclamação.

No âmbito dos resultados alcançados no ACES correspondente ao Q1, as principais causas de reclamação apresentadas foram o *"Tempo de espera para consulta de clínica geral"*; *"Falta de informação aos utentes/família em tempo útil"*; *"Dificuldade em inscrição em médico de família"*; *"Dificuldade de marcação de consulta"* e *"Recusa de credenciais/receitas"*. Os resultados obtidos referem que não foi possível ultrapassar a necessidade de médicos, "

Quando as principais reclamações recaem sobre a falta de médicos, não existem resultados positivos e visíveis”.

Relativamente ao ACES correspondente ao Q2, as causas mais mencionadas nas reclamações foram o *“Falta de pessoal médico; Recusa de consulta”; “Tempo de espera para atendimento médico”; “Recusa de credenciais/receitas e Tempo de espera para consulta de clínica geral”*. Como resultados obtidos, refira-se que alguns problemas foram resolvidos através de reuniões internas *“...de sensibilização com os profissionais administrativos...”*; porém os utentes mais esclarecidos e sensibilizados com profissionais e dificuldades da instituição reclamam menos, conseguindo através do *“... Gabinete do Cidadão ...dar apoio/esclarecimento sobre serviços, quer aos utentes quer aos profissionais e resolveu algumas situações, nomeadamente agendamento de consultas de acordo com a situação apresentada pelos utentes.”*.

No âmbito do ACES correspondente ao Q3, as causas mais mencionadas nas reclamações foram a *“Dificuldade de marcação de consulta”; “Recusa de consulta”; “Falta de pessoal médico”; “Dificuldade em inscrição em médico de família e Falta de cortesia”*. Relativamente a este os resultados revelam que *“Não foram monitorizados os Resultados”*.

De acordo com os resultados alcançados no ACES relativo ao Q4, as causas mais mencionadas nas reclamações são apresentadas como sendo a *“Dificuldade de marcação de consulta”; “Falta de pessoal médico”; “Tempo de espera para atendimento médico”; “Tempo de espera para consulta de clínica geral” e “Dificuldade em inscrição em médico de família”*. Neste ACES *“...fruto da gestão de proximidade...”* com as unidades funcionais e respectivos responsáveis locais conseguiu-se *“ reduzir o volume de reclamações ocorridas em 2014 face ao ano homólogo. ”*. Tais resultados foram alcançados com a formação interna dos profissionais que permitiu melhorar os níveis de informação dos utentes e dos próprios funcionários. Importante foi também Normalizar/padronizar procedimentos em todas as áreas, com exemplo dos assistentes técnicos de atendimento, *“ ...denotando-se um maior envolvimento e decorrente melhoria da qualidade.”*.

No entanto a sucessiva redução dos recursos humanos levou a que a percentagem de utentes sem médico de família passou de 22,7% (2013) para 25,7% em 2014 o que representa no caso deste ACES aproximadamente 65000 utentes. É esperado um agravamento da situação no início de 2015 devido à saída de médicos no final de 2014. Neste caso o ACES trabalha *“...no limite das suas capacidades em canalizar recursos próprios para as unidades que tem maior*

proporção de utentes sem médico de família ...". Foi solicitado à ARSLVT um aumento de médicos, para colmatar a necessidade correspondente a 500h/semana.

Relativamente ao ACES a que corresponde ao Q5, as causas mais mencionadas nas reclamações foram a Falta de pessoal médico; *"Dificuldade de marcação de consulta"; "Desadequação do sistema de marcação de consultas"; "Demora no atendimento administrativo" e "Anulação de consulta sem aviso prévio". Neste " ...Os resultados alcançados foram diminutos na medida em que o maior número de reclamações incide sobre a falta de recursos humanos, que não foi possível superar durante o ano de 2014."*, no entanto a reorganização e optimização dos recursos existente, permitiu minorar um pouco a consequência da falta de recursos humanos.

De acordo com o ACES relativo ao Q6, as causas mais mencionadas nas reclamações foram a *"Dificuldade de marcação de consulta"; "Dificuldade em inscrição em médico de família"; "Falta de informação aos utentes/família em tempo útil"; "Recusa de consulta e Taxas moderadoras".* Os resultados apresentados não demonstram evidência alguma, no entanto foi referida a *"Realização formação a todos os Responsáveis Técnicos sobre Taxas Moderadoras e a criação de um manual..."*; assim como a criação de uma unidade USF e preparação abertura de mais duas.

O ACES referente ao Q7, as causas mais mencionadas nas reclamações foram a *"Falta de pessoal médico"; "Recusa de consulta"; "Tempo de espera para atendimento médico"; "Tempo de espera para consulta de clínica geral" e "Recusa de credenciais/receitas".* Os resultados alcançados demonstram *" No início do ano de 2014 ... aumento do número de utentes com cobertura assistencial,..., face à saída de vários médicos, na maioria por aposentação,..., voltando a aumentar o nº de utentes sem médico de família atribuído."*

De acordo com os resultados alcançados no ACES relativo ao Q8, as causas mais mencionadas nas reclamações foram a *"Recusa de consulta"; "Dificuldade de marcação de consulta"; "Tempo de espera para atendimento médico"; "Taxas moderadoras e Falta de cortesia".* Como resultados alcançados, foi mencionado que houve uma redução de reclamações *" ...devido ao tempo de espera para consulta diminuíram bastante."*

Tabela 10: Correspondente aos resultados da quinta e última questão: " Por favor, indique, com base na sua experiência profissional, 3 recomendações prioritárias e/ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associada ao processo de reclamações.

Recomendações prioritárias e/ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associada ao processo de reclamações.	
Q1	1. Existência de mais médicos 2. Recursos para elaborar panfletos informativos para distribuir pelas unidades (quando não existem impressoras a cores não vale a pena pensar em fazer este tipo de recurso informativo)
Q2	1. Profissionais médicos em número suficiente; 2. Investimento na formação dos Profissionais administrativos e permitir que estes permaneçam mais tempo no mesmo serviço
Q3	1. Divulgação periódica dos dados resultantes das reclamações aos utentes das diversas unidades de saúde 2. Elaboração periódica de relatórios a enviar às unidades de saúde sobre as exposições entradas no GC 3. Incentivar o utilizador dos serviços a efectuar sugestões de melhoria
Q4	1. Sensibilizar profissionais sobre a importância das reclamações e como estas podem potenciar ou elevar padrões de qualidade nos serviços. 2. Que os recursos humanos adstritos aos gabinetes do cidadão, sejam estáveis e adequados a rácio que se calcule com base na população inscrita em cada ACES. 3. Que possam existir medidas para penalizar cidadãos que reclamam de forma "gratuita" ou sem fundamento de base sustentado.
Q5	1. Melhorar o sistema operativo;
Q6	1. Desburocratização do processo de tratamento de reclamações; 2. Realização de ações de informação / sensibilização junto dos utentes; 3. Reforço das equipas profissionais.
Q7	1. Colocação de mais médicos; 2. Formação de profissionais; 3. Sensibilização de todos os profissionais para um maior respeito no trato com o utente/cidadão.
Q8	1. SGSR com causas e indicadores mais adequados aos CSP e consequente: 2. melhor tipificação das exposições 3. Melhor retorno de informação aos profissionais e Unidades Funcionais

Os resultados apresentados, evidenciam as recomendações prioritárias e/ou fundamentais consideradas no âmbito da melhoria contínua da qualidade, na sua relação com as reclamações dos utentes.

Após a análise das recomendações efectuadas pelos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão, apresentam-se os resultados.

O reforço das equipas médicas foi uma demonstra ser uma recomendação comum a vários, mencionada a necessidade no Q1 através da necessidade da " *Existência de mais médicos*"; no Q2 que verifica os " *Profissionais médicos em número insuficiente*"; e no Q7 referida a " *Colocação de mais médicos*". Igualmente mencionado foi o " *Reforço das equipas profissionais*" (Q6).

Recomendam os Coordenadores a necessidade de *“Recursos para elaborar panfletos informativos para distribuir pelas unidades...”* (Q1) de forma a melhorar a informação aos utentes e a importância de manter os *“...Profissionais administrativos...mais tempo no mesmo serviço”* (Q2), assim como melhorar o seu nível de formação e permitir também que *“...Os recursos humanos adstritos aos gabinetes do cidadão sejam...estáveis e adequados ao rácio ...em cada ACES.”* (Q4).

Consideram-se também as recomendações para que os profissionais tenham com os utentes *“...um maior respeito no trato...”* (Q7), que seja melhorado o seu apoio e informação através de *“...acções de informação / sensibilização...”* (Q6) e estes sejam incentivados a *“...Efectuar sugestões de melhoria”* (Q3). Há no entanto quem recomende que se deve *“...Penalizar cidadão que reclamam de forma “gratuita” ou sem fundamento de base sustentado.”* (Q4).

De acordo com a importância das reclamações recomenda-se *“Sensibilizar profissionais...como estas podem potenciar...padrões de qualidade”(Q4)*, sendo por isso importante a *“Divulgação periódica dos dados resultantes das reclamações aos utentes das diversas unidades de saúde”* (Q3) e que as unidades de saúde recebam relatórios periódicos sobre as exposições que dão entrada no Gabinete do Cidadão (Q3).

É também recomendada a *“Desburocratização do processo de tratamento de reclamações”* (Q6) e a melhoria a nível dos sistemas operativos (Q5). O Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações não possui *“ Causas e indicadores mais adequados aos CSP”* (Q8) o que se fosse melhorado, permitiria melhor tipificação das exposições e um *“... melhor retorno da informação aos profissionais e a cada uma das Unidades Funcionais. ”* (Q8)

Capítulo II – Discussão de Resultados

De acordo com esta fase do estudo é elementar descrever as limitações do mesmo, discutir os resultados obtidos e sugerir algumas recomendações para estudos futuros.

Discussão da Metodologia

A metodologia aplicada neste estudo, baseou-se no desenvolvimento e aplicação de um questionário aos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão nos ACES na ARSLVT. Através do referido questionário, obteve-se um conjunto de dados e informação que ajuda a compreender e diferenciar as estratégias, perspectivas e opiniões dos inquiridos relativamente às principais causas de reclamação nos ACES, às medidas e/ou acções correctivas adoptadas, às limitações verificadas; aos resultados alcançados e às recomendações baseadas nas experiencias profissionais de cada coordenador.

Os ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, abrangem aproximadamente 3.7 milhões de habitantes o que representa cerca de 34% da população nacional, e reflecte a sua dimensão e significância no contexto nacional. Tal permitiu recolher através das questões enunciadas uma diversidade de respostas e justificações, que revelam as diferentes perspectivas de abordar alguns problemas identificados.

A revisão bibliográfica e a consulta dos dados, desagregados, correspondentes às causas mais mencionadas nas reclamações nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no ano de 2013 e período de 2014, foram determinantes para a elaboração e desenvolvimento do questionário. Após a apreciação e análise crítica do orientador, procedeu-se a algumas alterações, tendo-se definido a sua versão final.

Procedeu-se ao envio dos questionários, através de correio electrónico, aos 15 ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no dia 9 de Dezembro de 2014, contemplando o prazo de resposta até dia 19 do mesmo mês. Durante o referido período obtiveram-se 2 respostas, pelo que se considerou importante alargar o período de participação no estudo, no sentido de conseguir um número de respostas mais significativo. Dessa forma, no dia 19 de Dezembro, procedeu-se ao envio de novo correio electrónico aos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão, informando a extensão do prazo de resposta até dia 9 de Janeiro de 2015, apurando-se o total de 8 respostas.

As 8 respostas que se obtiveram dos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão, correspondem a aproximadamente 53%, do total dos 15 ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Podem considerar-se o tempo de execução e os meios disponíveis, como um condicionalismo e limitações no desenvolvimento do estudo.

A atendendo à dimensão e magnitude desta abordagem o estudo de caso para cada ACES seria o mais adequado, sendo que esta abordagem permite uma compreensão mais alargada para posteriormente compreender em profundidade a realidade de cada ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

A aplicação do pré teste permitiu que fossem efectuadas algumas correcções ou modificações na estrutura do questionário, concretamente ajudou a definir o número de questões e estimar o tempo de resposta, de forma a validar a sua adequação e operacionalidade do mesmo. No entanto, foi perceptível que na resposta à questão relativa às principais causas de reclamação no ACES, houve questionários que apresentavam enumeradas mais do que 5 principais causas perguntadas. Perante tal, e de acordo com o conteúdo relevante das respostas, os questionários foram considerados válidos para o estudo, tendo sido organizada a informação das respostas e extraída aquela que foi considerada adequada. Considera-se que não houve um viés interpretativo importante, o objectivo da questão foi de certa forma preservado pelo que permite valorizar de igual forma os resultados.

Considerando-se as propriedades exploratória do estudo e de forma a complementar a análise documental que se foi realizando ao longo das diferentes fases do mesmo, estabeleceram-se contactos informais com a Coordenadora do observatório Regional do Sistema SIM-Cidadão, a quem se apresentaram os objectivos do estudo.

Tais contactos, permitiram aumentar o conhecimento em relação à matéria em estudo, resultado da partilha de informação e esclarecimento de dúvidas. Foi também agenciada a lista de contactos dos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão da ARSLVT.

Os Coordenadores do Gabinete do Cidadão dos ACES, foram contactados através de correio electrónico, no qual se dispunha a referência à hiperligação para a plataforma para estudos Survey Monkey e juntamente com o questionário constava uma carta de apresentação do estudo.

A metodologia utilizada, permitiu alcançar respostas e informação correspondente aos objectivos definidos, mas fica a curiosidade, interesse e vontade de explorar mais

aprofundadamente o tema. A análise e interpretação do conteúdo dos questionários foi relativamente morosa até conseguir ordenar/organizar os dados dos questionários de uma forma sistematizada e permitir categorizar a informação de forma a possibilitar a sua análise. Foi considerado importante fazer referência a algumas citações dos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão, pois permite evidenciar e ajudar a compreender a questão em análise.

Procedeu-se ao tratamento dos dados, de forma a permitir retirar-se conclusões e verificações do conteúdo das respostas dos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Utente, assim organizou-se a informação e procedeu-se à sua análise (Q1-Q8).

Inicialmente efectuou-se uma leitura, repetidas vezes, do conjunto de questionários obtidos, de forma a tomar conhecimento de toda a informação neles contemplada. Seguidamente, analisou-se separadamente a forma como cada Coordenador abordou as diferentes questões apresentadas. Organizaram-se os conteúdos das respostas sob a forma de tabelas. Desta forma procedeu-se à identificação das diferentes formas de apresentação dos assuntos e suas características no conteúdo das respostas de forma a poderem-se evidenciar e estabelecer unidades de base da informação.

Finalmente consideraram-se alguns excertos das respostas, de forma a fundamentar os resultados, e representar as unidades de informação comprovando assim as categorias de informação das respostas. Estas apresentam-se sob a forma de comentários ou testemunhos nas respostas dos Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão.

De acordo com as considerações éticas, foi garantido o direito à intimidade, direito pela autodeterminação e direito ao anonimato e à confidencialidade. Não há nenhuma citação ou referência que permita a identificação dos participantes.

Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos dados representativos às reclamações dos utentes nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e as suas respectivas medidas correctivas bem como os resultados alcançados, importa discutir os resultados obtidos. Dedicar-se esta fase do estudo à discussão dos resultados já apresentados, de forma a melhorar a sua interpretação e compreender o seu significado.

O tratamento das exposições apresentadas pelos utentes e o respetivo registo no Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações, é efectuado através do Gabinete do Cidadão de cada

ACES, e formalizados nos relatórios de avaliação das respectivas unidades. Os ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo registaram no ano de 2012 - 7230 reclamações, no ano de 2013 - 8671 reclamações, correspondendo ao primeiro semestre desse mesmo ano – 3991 reclamações. No correspondente semestre de 2014, registaram-se 3667 reclamações. De entre os ACES que foram alvo de um maior número de reclamações, de acordo com o total dos resultados do primeiro semestre 2014, destaca-se a unidade do Estuário do Tejo (14,4%) e a unidade de Loures-Odivelas (13,6%), sendo as unidades com menos reclamações a unidade de Lisboa Norte (0,1%) e a unidade de Cascais (3,5%).

Analisando-se os casos concretos das unidades acima especificadas, entre os semestres homólogos de 2013 e 2014, verificam-se resultados de evidência distinta. A unidade do Estuário do Tejo apresentou um aumento de 50 % no seu número de reclamações e a unidade de Loures Odivelas 35,4%. Comparativamente a Unidade de Lisboa Norte um decréscimo de 54% num e na Unidade de Cascais, registou também decréscimo de 15%.

Os Gabinetes do Cidadão, são o local onde é possível aos cidadãos exercer o seu direito de apresentar as suas exposições, correspondentes à unidades de cuidados de saúde do SNS.

O SGSR foi a plataforma informática utilizada, configurada como elo de ligação entre todas as instituições do SNS, que permitia centralizar a nível nacional, o registo, tramitação e resposta ao movimento de exposições dos utentes do SNS, facilitando o tratamento e análise das próprias exposições e permitindo o acompanhamento estatístico da participação dos cidadãos.

As reclamações, sugestões e elogios apresentadas por utentes deixaram de ser registadas no Sistema de Gestão de Reclamações e Sugestões, plataforma informática de apoio ao Sistema Sim-Cidadão, a partir do dia 2 de fevereiro de 2015 (DGS, 2015). De acordo com o Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, relativo à alteração de estatutos da ERS, passou a conferir-lhe a responsabilidade pela centralização e análise das reclamações dos utentes, independentemente de se reportarem a prestadores de cuidados de saúde de natureza pública ou privada, além disso foi ainda previsto que seja a ERS a mediar os conflitos entre essas instituições e os utentes.

É importante referir que um serviço de saúde que não valorize as reclamações dos seus doentes, é um serviço que não valoriza as necessidades dos mesmos e que ignora os avisos, de que há um problema que necessita de correcção (NHS, 2013).

As reclamações podem ser consideradas como positivas, no sentido em que podem fornecer informação acerca da experiência vivida do doente contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados. Tal pode ajudar a prevenir más práticas e a reduzir perdas económicas, assim como a promover o trabalho satisfatório dos profissionais de saúde e melhorar a reputação dos serviços de saúde. (ACSQHC, 2005).

O relatório do Tribunal de Contas, de 2014, salienta a importância para a avaliação da perceção dos cidadãos face à qualidade da prestação de cuidados de saúde. Este indicador permitirá uma apreciação sobre a asserção de melhorias e efetividade da qualidade dos cuidados prestados. Poderá também servir para avaliar o desempenho profissional e organizacional em todas as unidades funcionais. Desta forma para além do registo das exposições apresentado, deverá também ser instituída a realização de inquéritos de satisfação dos utentes (Portugal, Tribunal de Contas, de 2014).

Os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão nos ACES na ARSLVT, indicaram como as principais causas de reclamação mencionadas pelos utentes, a ***“Dificuldade de marcação de consulta”***; ***“Falta de pessoal médico”***; ***“Tempo de espera para atendimento médico”***; ***“Recusa de consulta”*** e ***“Falta de informação aos utentes/ família em tempo útil”***.

Pode verificar-se que as causas de reclamação apresentam alguma relação de interdependência, assim como se verifica nos resultados apurados.

Assim para se proceder à discussão, agruparam-se as ***“Dificuldade de marcação de consulta”***; ***“Falta de pessoal médico”***; ***“Tempo de espera para atendimento médico”*** e ***“Recusa de consulta”***, Relativamente a estas causas, nos ACES em estudo, foram desenvolvidas intervenções no âmbito de alertar e ***“ Sinalizar junto da direcção do ACES e coordenação da unidade ”***, a falta de médicos e solicitado a contratação dos mesmos, assim como se procedeu ao aumento da carga horária dos médicos em serviço.

Os Coordenadores, manifestaram necessário o reforço das equipas médicas, mas que tal ***“Não depende de decisão local”***. Referiram também, que é limitação a necessidade de mais recursos humanos, nomeadamente a ***“falta de...médicos/administrativos/enfermagem*** e em especial ***“Falta de recursos médicos de Medicina Geral e Familiar ”*** e a falta de autonomia ***“ Solução não depende do poder local”***

De acordo com um exemplo concreto referenciado, a sucessiva redução dos recursos humanos levou a que a percentagem de utentes sem médico de família passou de 22,7% (2013) para

25,7% em 2014 o que representa no caso desse ACES aproximadamente 65000 utentes. Foi também mencionado um exemplo em que será esperado um agravamento da situação no início de 2015 devido à saída de médicos no final de 2014. Neste caso concreto o ACES trabalha “...no limite das suas capacidades em canalizar recursos próprios para as unidades que tem maior proporção de utentes sem médico de família ...” e foi efectuada a solicitação à ARSLVT de um reforço no número de médicos para colmatar a necessidade correspondente a 500h/semana.

Relativamente à identificação das carências de recursos humanos, no *Relatório Primavera*, de 2014, refere-se a não evidência de informação sobre a mesma e o desconhecimento para o desenvolvimento de qualquer política de recursos humanos no âmbito dos CSP (OPSS, Relatório Primavera, 2014).

Os ACES, estão regulados como sendo serviços de saúde com autonomia administrativa, desconcentrados da respectiva Administração Regional de Saúde e sujeitos ao seu poder de direcção. Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica e devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). Considerando-se a informação que os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, evidenciaram na sua participação neste estudo, verifica-se que apesar de todos os esforços efectuados para otimizar o funcionamento dos ACES, têm sido encontradas muitas dificuldades.

De acordo com o Relatório Primavera, de 2013, a descentralização da gestão da gestão foi pouco apoiada pelas ARS, o que impediu os ACES de actuarem de acordo com a autonomia e responsabilidade inicialmente prevista e que estão na razão da sua criação. Manteve-se o modelo de gestão vertical das ARS sobre os ACES. Apesar da recomendação para se realizar anualmente a medição e valorização da qualidade percebida, tal não se regista desde 2008, data em que foi elaborado o ultimo inquérito de satisfação sobre utentes e profissionais. (OPSS, Relatório Primavera, 2013)

Neste sentido cite-se o relatório do OPSS, de 2014, que refere o seguinte: *“Continuam as críticas, vindas do terreno, em relação à atuação e obstrução das administrações e, apesar dos discursos, são pouco conhecidas ações para resolver os problemas existentes, alguns, aparentemente de fácil resolução mas bloqueados pelo centralismo e burocracia.”*

De facto, nos últimos doze meses não se assistiu a mudanças substanciais, que seriam expectáveis para ultrapassar o grande obstáculo que tem sido a decisão central e o afastamento da autonomia de gestão por parte da Direcção executiva dos ACES, contribuindo assim para que se possa evoluir reforma dos CSP que seriam expectáveis há vários anos. (OPSS, Relatório Primavera, 2014).

Foi também mencionado que houve a necessidade de elaborar, divulgar e implementar normas de gestão para as consultas assim como sobrecarregar as listas de utentes de cada médico, *“Aumento do nº de utentes em ficheiros médicos incompletos”*. Foi igualmente referida a reorganização da lista de utentes de cada médico e em que em determinadas situações o *“médico em consulta de recurso realizada pelos restantes médicos da Unidade”*

Refira-se o que podem existir assimetrias distribuição de médico de família aos utentes, mediante estes estejam ou não, integrados nas listas dos médicos de família e mediante o local onde os médicos desempenhem funções, podendo ser numa UCSP, numa USF do modelo A ou numa USF do modelo B. A exclusão de utentes das listas de cada médico, por inexistirem contactos com os mesmos durante 3 anos, não se enquadra no perfil preventivo e de promoção da saúde que os cuidados de saúde primários pretendem desempenhar. Deve haver atitude de captação de doentes sem contactos registados, em vez da sua exclusão das listas de utentes. É importante a manutenção da qualidade na relação dos utentes com o seu médico, mas o número de utentes atribuídos por médico pode ser gerador de desigualdades entre cidadãos que deveriam ter os mesmos direitos no acesso. Contestou-se a decisão garantir a qualidade à custa da exclusão de cidadãos das listas médicas (Portugal, Tribunal de Contas, 2014).

Como um factor a ter em conta na busca da solução deste problema é o tempo de consulta. Supõe-se que em 2012 se conseguia um tempo médio de consulta de 15 minutos, a meta de produtividade teria sido alcançada devido à realização de mais 10.731.215 consultas, 37% na atividade assistencial, teria eventualmente sido possível garantir o acesso a cerca de 2,5M de utentes, número superior ao de utentes sem médico de família existente no final desse mesmo ano. (Portugal, Tribunal de Contas, 2014).

De acordo com o estudo *Health at a Glance: Europe 2014*, realizado pela OCDE o número de médicos *per capita*, varia nos diferentes países da Europa. A Grécia é o país que apresenta maior número de médicos, com um *ratio* de 6,2 médicos por cada 1000 habitantes, apresentando-se em segundo a Áustria com 4.9 médicos por cada 1000 habitantes. Portugal, é

o quarto país no *ranking* com 4.1 médicos por 1000 habitantes e o país que menos apresenta é a polónia com 2.2 médicos por 1000 habitantes e o valor médio apresentado para a EU 28 é de 3.1 médicos. No entanto evidencia-se o facto de haver países em há necessidade de cobertura médica em determinadas especialidades como *primary care doctors* (OCDE, Health at a Glance: Europe, 2014).

Através de um acordo entre o Ministério da Saúde português e a Ordem dos Médicos acordo, foi estabelecido que o número de utentes a constar nas listas correspondentes a cada médico especialista em medicina geral e familiar, passaria dos 1550 para os 1900 utentes. Foi também prolongado o número de horas semanais a realizar por cada médico, das iniciais das 40h para as 48h semanais, em que o correspondente aumento seria pago de acordo com o custo de hora normal. As medidas implementadas permitiram uma gestão mais flexível e eficaz dos recursos existentes – médicos de medicina geral e familiar do SNS e pôs fim a um longo e controverso período de discussão, após o qual o Ministério da Saúde conseguiu dar mais um passo na aproximação da meta, para que todos os utentes tenham cobertura médica nos CSP (Barros, 2013).

No caso Inglês, existe um conflito de opiniões relativamente ao número de utentes que deve estar atribuído a cada médico de família, havendo quem defenda que em cada clinica possa ter nas suas listas até 2000 utentes. O consenso geral, indica que esse número deve rondar os 1500 utentes para os médicos que possuem um horário normal de trabalho. Contudo, é mencionado que os médicos deveriam possuir nas suas listas 1000 ou menos utentes, pois esse seria o número que iria permitir prestar cuidados de saúde com maior qualidade. Existe a necessidade de se adequar o número de utentes à sua especificidade, como o exemplo do atendimento dos utentes geriátricos, em que os médicos nesta situação não deveriam possuir mais de 400-500 utentes (Schimpff, 2014). A tendência para o aumento do número de utentes nas listas dos médicos, poderá reflectir-se no tempo de espera para a obtenção de consulta. Os valores de 2014 indicavam que 43 % dos Médicos de Família, apresentava um tempo de espera para a consulta não urgente inferior a uma semana, mas esse será superior para 2015, sendo o tempo médio previsto de 13 dias (Duffin, 2014).

De acordo com a causa de reclamação, ***“Falta de informação aos utentes/ família em tempo útil”***, as medidas e/ou acção correctivas indicadas foram a importância para o Incentivo dos profissionais para que estes procedam à devida e correcta transmissão da informação, salientado também a importância do reforço de informação aos utentes.

Os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, devido às intervenções efectuadas, conseguiram elevar o nível da qualidade prestada aos utentes, pois de acordo com os resultados alguns problemas foram resolvidos através de reuniões internas “...de sensibilização com os profissionais administrativos...”; os utentes foram mais esclarecidos o que ajudou a compreensão e sensibilização para com os profissionais e dificuldades da instituição, e consequente redução das reclamações.

De acordo com o artigo “*Patients’ and relatives’ complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement*” (2008), que faz referência ao exemplo da Suécia, refere que o Serviço Nacional de Saúde deve ser centrado no utente e no envolvimento dos utentes e das famílias em todos os processos. Os cuidados de saúde centrados no utente devem caracterizar-se pelos seus valores em que existe partilha de informação, coordenação dos cuidados e envolvimento das famílias em bom relacionamento os profissionais de saúde. Estes devem reconhecer e valorizar a participação do utente e da família. Os benefícios dos cuidados de saúde centrados no utente, podem traduzir-se em melhores níveis de adesão aos tratamentos e uma maior satisfação dos utentes (Jangland, *et al.*, 2008).

A formação interna de profissionais permitiu melhorar os níveis de informação dos utentes e dos próprios funcionários. Há casos em que “... Gabinete do Cidadão ...dar o apoio/esclarecimento sobre serviços, quer aos utentes quer aos profissionais e resolveu algumas situações, nomeadamente agendamento de consultas de acordo com a situação apresentada pelos utentes.”.

Porém as melhorias que se tem assistido acontecem, maioritariamente, por iniciativa dos profissionais, (OPSS, Relatório Primavera 2014) e como se pode verificar através dos referidos resultados correspondentes à questão “...principais resultados alcançados ao longo de 2014”.

Foram mencionados exemplos em que “...Os resultados alcançados foram diminutos na medida em que o maior número de reclamações incide sobre a falta de recursos humanos, que não foi possível superar durante o ano de 2014.”, porém noutras houve um resultado inicial positivo que mais tarde se inverteu como o exemplo “No início do ano de 2014 ... aumento do número de utentes com cobertura assistencial,..., face à saída de vários médicos, na maioria por aposentação,..., voltando a aumentar o nº de utentes sem médico de família atribuído.”.

Foi também importante Normalizar/padronizar procedimentos em todas as áreas, com exemplo dos assistentes técnicos de atendimento, “...denotando-se um maior envolvimento e

decorrente melhoria da qualidade.”, assim como a reorganização e optimização dos recursos existente, permitiu minorar um pouco a consequência da falta de recursos humanos.

Foi possível em algumas situações *reduzir o volume de reclamações ocorridas em 2014 face ao ano homólogo* e noutras em que houve redução de reclamações “ *...devido ao tempo de espera para consulta diminuíram bastante.”.*

Os resultados obtidos revelam também o exemplo de que, “ *Quando as principais reclamações recaem sobre a falta de médicos, não existem resultados positivos e visíveis*” e que também foi mencionado uma resposta em que “*Não foram monitorizados os Resultados*”.

A perda de recursos humanos é um fenómeno já previsto. Este é o resultado da variação da formação dos médicos entre os anos 1970-2000, a que corresponde uma significativa e actual percentagem dos médicos de família em exercício profissional. A especialidade de medicina geral e familiar parece ser pouco atractiva, o que associado à previsão de que 56 % dos médicos de família deixem a sua actividade entre 2009 e 2020, faz antever que inevitavelmente irá existir problemas de cobertura médica dos utentes ao nível dos CSP. Tal poderá gerar, devido à falta de cobertura médica, a que ocorra o aumento da procura dos cuidados de saúde secundários, agravando aquele que também já é um problema e dele resultam custos aumentado te no aumento dos custos. (Santana e Vaz, 2009)

Refira-se que em Outubro de 2012, foi assinado o acordo entre o Ministério da Saúde português e a Ordem dos Médicos de forma a melhorar a qualidade assistencial em aspectos como, o acesso à consulta médica dos utentes nos cuidados de saúde primários e a redução da despesa correspondente ao pagamento das horas extraordinárias aos médicos de medicina geral e familiar (Barros, 2013).

Positivamente em 2014, deu-se, apesar de não especificado o número, a abertura de vagas para o internato de medicina geral e familiar, representando os futuros especialistas um motor estratégico que vá permitir a conclusão da reforma e o desenvolvimento dos cuidados primários; a Administração Regional de Saúde de Lisboa, abriu também concurso para a colocação de 150 médicos especialistas em medicina geral e familiar; deu-se a abertura de novas USF, havendo presentemente um total de 398 USF em atividade, a nível nacional; houve aperfeiçoamentos ao DL nº 28/2008, embora não abordem ainda a questão da autonomia, permitem a adequação da norma à experiência e às necessidades concretas do terreno. (OPSS, Relatório Primavera, 2014).

A existência de utentes sem médico de família traduz uma falta de “igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde”, prevista como “objectivo fundamental” da Lei de Bases da Saúde.

Recomendações

A melhoria contínua da qualidade associada ao processo de reclamações, deve ser valorizada. Desta forma e de acordo com os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão dos ACES, considera-se importante referir algumas recomendações.

Como considerações prioritárias ou fundamentais e de acordo com a experiência profissional dos colaboradores neste estudo, foi considerada a importância da desburocratização do processo de tratamento de reclamações assim como evidenciada a necessidade de melhora dos sistemas operativos e que os recursos humanos adstritos aos gabinetes do cidadão sejam formados e desempenhem essa função com estabilidade. Com a transferência de No caso concreto do SGSR, que o mesmo contemple causas e indicadores mais adequados aos CSP para permitir uma melhor tipificação das exposições. É Importante haver partilha de informação entre profissionais unidades funcionais sendo importante a a divulgação periódica dos dados resultantes das reclamações dos utentes das diversas unidades de saúde e que as unidades de saúde elaborem relatórios periódicos sobre as exposições que dão entrada no Gabinete do Cidadão.

De acordo com as recentes alterações procedeu-se à desactivação do Sistema de Gestão de Reclamações e Sugestões e à extinção de toda a estrutura do Sistema SIM-Cidadão, mantendo-se porem o funcionamento dos Gabinetes do Cidadão, passando agora a ser a da competência da ERS todo o processo de tratamento e monitorização das reclamações no sector público.

De forma a valorizar a importância para existência de sistemas de cidadania participativa que permitam aos utentes, expressar as suas opiniões e no caso concretos antes que estes formalizem a sua reclamações, poder-se-ia estudar um procedimento, para a eventual adopção do *follow up* através do contacto telefónico ou envio através do correio de um questionário para avaliação satisfação do utente após este ter contacto com os serviços de saúde

Poderia também, considerar-se interessante estudar-se a viabilidade de poder existir e disponibilizar-se aos utentes nas unidades de saúde, através dos meios informáticos e tecnológicos hoje existentes, dispositivos com um sistema operativo que permitam

monitorizar e avaliar a satisfação dos utentes. Os dados recolhidos poderiam ser consultados publicamente e utilizados em *benchmarking* com outras unidades de características semelhantes.

Conclusão

A qualidade tem sido uma matéria muito considerada e de grande importância, que tem acompanhado o desenvolvimento do SNS. Com o objectivo de melhorar o nível da qualidade associada aos cuidados de saúde, tem sido implementadas reformas e definidas estratégias como a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde da Responsabilidade do Departamento da Qualidade da DGS. No entanto, o percurso percorrido tem evidenciado algumas dificuldades e a complexidade desta temática.

A reforma dos cuidados de saúde primários, objectiva providenciar aos utentes, mais e melhores cuidados de saúde, incrementando a acessibilidade; uma maior proximidade entre os utentes e os CSP, pretendendo assim melhorar a sua eficiência e prestar serviços com maior qualidade.

As reclamações dos utentes podem ser consideradas como um contributo e indicadores, contribuindo positivamente no processo da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Representam a voz do cidadão e ajudam a identificar aspectos negativos e necessidades de mudança e melhoria.

Atingida esta fase do trabalho é necessário proceder às conclusões e a algumas reflexões acerca das **“Reclamações dos Uteses: Estudo dos Resultados e Medidas Correctivas no contexto dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo”**.

Este trabalho possui como objectivo, o estudo de como as reclamações dos utentes nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, podem contribuir para a melhoria da qualidade nos referidos serviços de saúde. Foram questionados os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão dos ACES da ARSLVT, no âmbito da unidade onde desempenham funções. Pretendeu-se identificar quais foram as principais **Causas de Reclamação** registadas; quais foram as medidas correctivas implementadas, de acordo com as causas; que as necessidades e/ou dificuldades foram identificadas e que resultados foram alcançados.

Vários foram os temas abordados neste estudo, estando todos relacionados e articulados, porém pode considerar-se a Qualidade em Saúde e as Reclamações na Saúde como aquelas a destacar devido à sua relação directa com os objectivos do estudo.

Depois de assimilados os conhecimentos fundamentais para a elaboração deste estudo, optou-se por um trabalho de campo, onde se aplicou de acordo com a técnica de amostragem

intencional e por conveniência, tendo o questionário sido disponibilizado na plataforma de estudos estatísticos Survey Monkey e divulgado através do seu envio por correio electrónico para os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão. Os dados colhidos através dos questionários, foram analisados através da técnica análise de conteúdo, que permitindo formular conclusões e alcançar os objectivos propostos nesta investigação. Esta etapa foi muito enriquecedora, na medida em que forneceu informações importantes para a realização deste trabalho, assim como novas experiências.

A Qualidade na Saúde é uma necessidade intrínseca e de exigência a todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como seu atributo essencial. A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido que o seja, como consta no Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Através dos resultados alcançados evidencia-se que os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão, identificaram como as principais causas de reclamação a **“Dificuldade de marcação de consulta”**; **“Falta de pessoal médico”**; **“Tempo de espera para atendimento médico”**; **“Recusa de consulta”** e a **“Falta de informação aos utentes/ família em tempo útil”**. De acordo com as causas citadas, mencionaram também o conjunto de medidas correctivas implementadas no sentido de as ultrapassar, assim como referem as principais necessidades e/ou dificuldades inerentes ao referido processo e resultados que foram alcançados.

Verificou-se que nos ACES, o reconhecimento e atribuição de valor às reclamações enquanto instrumento que pode contribuir para a melhoria da Qualidade esteve na origem de algumas mudanças que resultaram em melhorias dos referidos serviços de saúde elevando a qualidade de atendimento dos mesmos.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações inerentes ao tema abordado. Uma das principais limitações reside no facto de que apenas foram considerados os Coordenadores Locais dos Gabinetes do Cidadão da Região da ARSLVT, limitando-o assim a esta região e impossibilitando, o que poderia ser a comparação entre ACES de diferentes ARS. Os resultados alcançados não podem ser generalizados nem formular uma evidência geral.

Com a realização deste estudo, abriram-se novas oportunidades de investigação. Deixa-se a sugestão para o desenvolvimento de intervenções nas áreas em que incidiram as principais causas de reclamação, assim como no reconhecimento, investimento e atribuição da devida importância às reclamações enquanto ferramenta da qualidade e o seu valor para as unidades de saúde. As respostas dos Coordenadores dos Gabinetes dos ACES, depois de analisadas

deram origem a novas perguntas, podendo estas vir a ser consideradas como novas questões de investigação para aprofundar o tema.

O caminho percorrido ao longo da realização deste estudo nem sempre foi fácil, surgindo em determinados momentos dificuldades inerentes ao tema e relativos à pouca experiência como investigador. Apesar de todas as adversidades, os objectivos para este estudo foram cumpridos e foi possível dar resposta às questões de investigação.

Relativamente ao presente estudo, seria satisfatório que mesmo pudesse ser considerado como ponto de partida ou motivação para novos estudos, assim como um contributo para salientar a importância da partilha de informação através implementação de avaliações regulares, monitorização de eventuais problemas as correspondentes, planificar acções correctivas e posteriormente avaliar todo o processo e publica-lo.

Bibliografia

ALLSOP, A.; MULCAHY, L. – Dealing with clinical complaints. London: South Bank University, 1995. 135-143.

BARBOSA, A. – O impacto das políticas de saúde na satisfação de utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários: Estudo de caso na unidade de saúde familiar Marginal. Lisboa: Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, para a obtenção do grau de Mestre em Política Social, 2009.

BARDIN, L. – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2014. ISBN 9789724415062.

BARK, P.; VINCENT, C.; JONES, A.; Savory, J. – Clinical complaints: a means of improving quality of care. Quality in Health Care. 3 (1994) 123-132. doi: 10.1136/qshc.3.3.123.

BARROS, P.P. – Improving access to medical doctors. European Observatory on Health Systems and Policies. [Em linha]. Chapter 5 - Section 5.3 (2013). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível em <http://www.hspm.org/layouts/LivingHiT/Archive.aspx?type=Updates&siteid=902b3515-2297-4fc4-83b6-289a07522c9c>.

BARROS, P.P.; Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 9789724037271

BISCAIA, A.; et al. – Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. Lisboa: Fundação Astrazeneca, 2005. ISBN 9789898160119.

BRANCO, G.; RAMOS, V. – Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (2001) 5-12.

BROOK, R.; MCGLYNN, E.; CLEARY, P. – Measuring quality of care. The New England Journal of Medicine. 335 : 13 (Sept. 1996) 966-970.

CAMPOS, A. – Reformas da Saúde: O Fio Condutor. 1ª ed. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 9789724036045.

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDR LVT). [Em linha]. [Consult. 8 Set. 2014]. Disponível em <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/a-regiao/7279.htm>.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa – Saúde.

COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA. O que está a mudar nos cuidados de saúde primários em Portugal? [Em linha]. 2010. [Consult. 10 Set. 2014]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/01-o que esta a mudar nos csp em portugal.pdf>.

COULTER, A.; ELLINS, J. – Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ. 335:24 (2007).

COUTINHO, C. – Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2013. ISBN 9789724051376.

DECLARAÇÃO RESULTANTE DA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, realizada em 12 de Setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão. [Em linha]. [Consult. 1 Set 2014]. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. [Em linha]. [Consult. 2 Set. 2014]. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm.

DECRETO-LEI n.º 135/99; de 24 de Abril; Diário da República; I Série A; n.º 94. 2126. – Princípios gerais de acção que regem a Administração Pública face ao cidadão.

DECRETO-LEI n.º 309/2003; de 10 de Dezembro; Diário da República; I Série A; n.º 284. 8329. – Criação a Entidade Reguladora da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 101/2006; de 6 de Junho, Diário da República, I.ª Série A, Nº 109 - Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DECRETO-LEI n.º 275/2007; de 30 de Julho; Diário da República; I Série; n.º 145. 4880 – Aprova a orgânica da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde.

DECRETO-LEI n.º 298/2007, de 22 de Agosto; Diário da República; I Série, Nº 161 -Estabelece o regime jurídico das USF.

DECRETO-LEI n.º 28/2008; de 22 de Fevereiro; Diário da República; I Série; n.º 38. 1182 – Regime da criação e funcionamento dos ACES.

DECRETO-LEI n.º 126/2014 – Ministério da Saúde – Procede à adaptação da Entidade Reguladora da Saúde, ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada em anexo à Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto

DEMING, W. – Out of the crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study, 1986. ISBN 0911379010.

DESPACHO n.º 97/83; de 22 de Abril; Diário da República; I Série; n.º 93. 1439. – Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde.

DESPACHO n.º 24 101/2007, de 23 de Outubro; Diário da República, II Série, Nº 203. - Estabelece a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento.

DESPACHO n.º 5081/2005; de 9 de Março; Diário da República; II Série; n.º 48. 3717. – Criação os Observatórios Nacional e Regionais de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão;

DESPACHO n.º 10143/2009; de 16 de Abril; Diário da República, II Série, Nº 74. - Estabelece os princípios informadores da organização e do funcionamento das UCC dos ACES.

DESPACHO n.º 14223/2009; de 24 de Junho; Diário da República, II Série. 24667-24669. – Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

DGS - Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM- Cidadão Relatório, 2010. Lisboa, 2011.

DGS - Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM- Cidadão Relatório, 2011. Lisboa, 2012. [Consult. 15 Set. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-do-sistema-sim-cidadao-2011-gif.aspx>.

DGS - Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM- Cidadão Relatório, 2012. Lisboa, 2013.

DGS - Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM- Cidadão Relatório, 2013. Lisboa, 2014.

DGS - Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Sistema SIM- Cidadão Relatório, 2013. Lisboa, 2014.

DGS - Direcção Geral da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Consult. 15 Set. 2014]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>.

DGS – Direcção Geral da Saúde, Extinção do Sistema Sim-Cidadão. Lisboa, 2015. [Consult. 15 Fev. 2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012015-de-30012015-pdf.aspx>

DONABEDIAN, A. – Evaluation the quality of medical care. *Milbank MemorialFund Quarterly*. 44 : 3 Suppl. (1966) 166-206.

DONABEDIAN, A. – The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. ISSN 1538-3598. 260 : 12 (1988) 1743-1748.

DONABEDIAN, A. – The seven pillars of quality. *ArchPathol Lab Med*. (1990) 114-118.

DUFFIN, C. – Two-week wait for GP appointments to become the norm in many practices 'within a year'. [Em linha]. *Pulse*. (20 May 2014). [Consult. 28 Set 2014]. Disponível em <http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/practice-topics/access/two-week-wait-for-gp-appointments-to-become-the-norm-in-many-practices-within-a-year/20006739.article#.VQSBfeHHdL8>.

EIRA, A. – A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2010.

ENOPE – Patient Empowerment - Living with Chronic Disease. (2012) 4-13.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde. [Em linha]. Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde. Porto: Fev 2009. [Consult. 15 Set 2014]. Disponível em <http://www.sep.org.pt/files/2014/05/290514ERS.pdf>.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde. [Em linha]. Relatório sobre a carta dos direitos dos utentes. Porto: ERS, Maio de 2011. [Consult. 15 Set 2014]. Disponível em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/b728835740d469726edcd5ee88f1362d.pdf>.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde. [Em linha]. Plano de actividades para 2014. Porto: ERS, Fev 2014. [Consult. 15 Set 2014]. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/document/file/4091/Plano_de_actividades_ERS_2014_final.pdf.

European Commission – Reporting and learning systems for patient safety across Europe. [Em linha]. (2014). [Consult. 18 Set 2014]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningssystem_s_en.pdf.

FARIA.P.; MOREIRA.P. - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: notas em torno do Despacho nº 14233/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume 27, nº2 (2009). 103-104

FORTIN, M. – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 2003.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. – The Future for Health. Lisboa 2014. ISBN 9789898380180

FRAGATA, J. – Risco Clínico. Complexidade e Performance. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN 9789724028354.

FRANCIS, R. – Report of the mid-Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: The Stationary Office, 2013. ISBN 9780102981476.

FRIELE, R.; SLUIJS, E. – Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. [Em linha] Biomed Central Health Services Research. 6:106 (2006) 1-9. [Consult. 21 Jul. 2014]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-106.pdf>.

GRANDE, R. – Cuidados de saúde primários: pedra angular dos sistemas de saúde. In Fórum de Economia da Saúde. Porto: Departamento de Clínica Geral. Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto, 2000. 77-87.

IMPERATORI, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Lisboa: Edinova, 1999. ISBN 9725950976.

JANGLAND, E.; GUNNINGBERG, L.; CARLSSON, M. – Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. Elsevier. (2008). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.10.007>.

JURAN, J. M. – Juran's quality control handbook. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1988. ISBN 0070331766.

KRONEMA, M.; ZEE van der, J.; GROOT, W. – Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research. 7:94 (2007).

LAKATOS, E.; MARCONI, M. – Metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

LEI n.º 56/79; de 15 de Setembro; Diário da República; I Série; n.º 214. 2357. – SNS.

LEI n.º 48/90; de 24 de Agosto; Diário da República; I Série; n.º 195. 3452 – Lei de Bases da Saúde.

LLOYD-BOSTOCK, S.; MULCAHY, L. – The Social Psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. Law Policy. 16 (1994) 123–47.

MESTRE, A. – Optimização de Redes Hospitalares: Modelos Hierárquicos e Multi-Produto Aplicados ao Caso Português. Tese de Mestrado. IST. 2007.

MIGUEL, L. – Modelos e gestão nos Cuidados de Saúde Primários. In J. Simões, 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Coimbra: Almedina, 2010.

MIGUEL, S.; SÁ, B. – Cuidados de saúde primários em 2011-2016: Reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação do agrupamento de centros de saúde. [Em linha]. Lisboa, 2007. [Consult. 21 Set. 2014]. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf

MONTINI, T.; NOBLE, A.; STELFOX, H. – Content analysis of patient complaints. International Journal for Quality in Health Care. Volume 20:6 (2008) 412– 420.

NHS HOSPITALS COMPLAINTS SYSTEM – Clwyd, A.; Hart, T. - Putting Patients Back in the Picture. V2 (2013) 5-10.

OECD – Health at a glance: Europe 2014. [Em linha] OECD (2014) 61-63. [Consult. 2 Feb 2015]. Disponível em <https://www.ondp.pt/noticias/2014/12/ocdehealthglance2014.pdf>.

PISCO, L. – A reforma dos cuidados de saúde primários. [Em linha]. Cadernos de Economia. 80ª ed., 2007. [Consult. 28 Set. 2014]. Disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm>.

PISCO, L.; BISCAIA, J. L. – Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Volume Temático: 2 (2001) 43-51.

PORTAL DA SAÚDE – Historia do SNS. [Em linha]. 2010. [Consult. 30 Set. 2014]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.

PORTARIA n.º 418/2005; Diário da República; I Série B; n.º 73; de 14 de Abril; 2970 – Aprova o regulamento interno da Entidade Reguladora da Saúde.

PORTARIA n.º 132/2009; Diário da República; I Série, 21; 30 de Janeiro; Ministério da Saúde: Lisboa. 660-665.

PORTARIA n.º 155/2009; Diário da República; I Série; n.º 28; 10 de Fevereiro. 878. – Altera as Portarias n.º 644/2007 e n.º 646/2007, de 30 de Maio.

REGULAMENTO n.º 325/2010; Diário da República; II Série; n.º 65; de 5 de Abril. 17129. – Regulamento interno da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

PORTER, M.; TEISBERG, E. – Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard: Harvard Business School Press, 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Adaptado de Plano de Atividades – ARSLVT, IP. [Em linha]. (2014). [Consult. 29 Jun. 2014]. Disponível em

http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1563/Plano_de_Atividades_2014.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. [Em linha]. Relatório Final, 2007. [Consult. 23 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Coordenação Estratégica. [Em linha]. Relatório do Progresso, 2011. [Consult. 11 Nov. 2014]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio_de_progresso_2_versao2011.05.04.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – DGS, Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. [Em linha]. 1997. [Consult. 24 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqjeqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo técnico para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Reagrupamento dos centros de saúde: Aspectos e princípios a ter em conta. Lisboa, 2012. 8-14.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo técnico para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. 2012. [Consult. 19 Set. 2014]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. [Em linha]. 2009. [Consult. 19 Set. 2014]. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS – Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários. [Em linha]. 2014. [Consult. 14 Fev. 2015]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2014/2s/audit-dgtr-rel017-2014-2s.pdf.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Publicações Lda. Gradiva: Lisboa, 2003.

READER, T.; GILLESPIE, A.; ROBERTS, J. – Systematic review Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*. 23 (2014) 678-689. doi:10.1136/bmjqs-2013-002437.

SAKELLARIDES, C.; et al. – Acontecimento Extraordinário - Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 21 Set. 2014]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEE-D214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx300dpi.pdf>.

SANTANA, R.; COSTA, C. – A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista de Saúde Pública*. Vol. Temático: 7 (2008).

SANTANA, P.; VAZ, A. – Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos. In L. Campos; R. Portugal; M. Borges (Eds.) – A Governação dos Hospitais. Lisboa: Casa das Letras, 2009.

SERAPIONI, M. – Avaliação da Qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para um ambiente multidimensional. Revista Critica de Ciências Sociais. 85 (Jun. 2009) 65-82.

SCHIMPF, S. C. – How many patients can a primary care physician care for? Cmtdpjournal. (23 May 2014). [Consult. 7 Set. 2014] Disponível em <http://directprimarycarejournal.com/author/cmtdpjournal/>.

SOURDIN, T. – Complaints Management Handbook for Health Care Services. Canberra: Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005. [Consult. 10 Set. 2014] Disponível em <http://www.hccc.nsw.gov.au/downloads/aturning/complntmgmthbk.pdf>. ISBN 0642826412.

SOUSA, J.; et al. – Os Cuidados de Saúde Primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Revista de Saúde Pública. Vol. Temático: 2 (2001).

STARFIELD, B. – Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN: 0195125436.

STARFIELD, B. – Toward international primary care reform. [Em linha]. Canadian Medical Association Journal. 180 (11) (2009) 1091-1092. [Consult. 11 Set. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683215/pdf/1801091.pdf>.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. [Em linha]. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 2001. [Consult. 7 Out. 2014]. Disponível em http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=1. ISBN 0309072808.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE – To err is human: building a safer health system. [Em linha]. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 2000. [Consult. 7 Out. 2014]. Disponível em http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728.

VISNJIC, A.; VELICKOVIC, V.; JOVIC, S. – Measures for improving the quality of health care. Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis. 29(2) (2012) 53-58.

WHO – Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2006. [Consult. 22 Out. 2014]. Disponível em http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

ANEXOS

Anexo A – Questionário

As reclamações dos utentes nos ACES na ARS de Lisboa e Vale do
Nota Introdutória
<p>Exmo(a). Senhor(a) Responsável do Gabinete do Cidadão do ACES,</p> <p>Chamo-me Pedro Morgado Moçozinho e sou aluno do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na área especialização de Gestão de Organizações de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.</p> <p>Actualmente, encontro-me a realizar uma dissertação de Mestrado sobre o tema "As reclamações dos utentes nos ACES na ARS de Lisboa e Vale do Tejo: as medidas correctivas e os resultados alcançados ", sob orientação do Professor Doutor Paulo Boto.</p> <p>Este estudo, tem como objectivo descrever e analisar a forma como as reclamações dos utentes nos ACES na ARS-LVT contribuem para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e visa dar resposta à pergunta de partida: "Que oportunidades de melhoria da qualidade foram adoptadas nos ACES na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, face às reclamações apresentadas pelos utentes?"</p> <p>Neste sentido, solicito a sua colaboração neste estudo, através do preenchimento de um questionário electrónico, com tempo de resposta expetável de 10 minutos e acessível através do link disponibilizado (http://pt.surveymonkey.com/s/reclama), até ao próximo dia 19 de Dezembro.</p> <p>A resposta a este questionário é confidencial e assegura o anonimato em relação à sua participação e identificação da unidade de prestação de cuidados de saúde.</p> <p>Este estudo conta com a colaboração do Dr. Cláudio Correia, Coordenador do Observatório Nacional do Sistema SIM-Cidadão e da Dr.ª Isaura Costa, Coordenadora do Observatório Regional do Sistema SIM-Cidadão.</p> <p>Grato pela colaboração e disponibilidade manifestado, informo que quando este estudo esteja concluído, partilhá-lo-ei, no sentido de promover um maior conhecimento sobre esta temática.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p>Pedro Morgado Moçozinho</p> <p>Aluno do Mestrado em Gestão da Saúde – Gestão de Organizações de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública – UNL E-mail: p.mocozinho@ensp.unl.pt Contacto: 961044672</p>

As reclamações dos utentes nos ACES na ARS de Lisboa e Vale do

Instrumento de Recolha de Dados

1. Atendendo às causas de reclamação mais mencionadas nos ACES da ARSLVT, no ano de 2013, por favor enumere, aquelas que foram as 5 principais causas de reclamação no ACES que desempenha funções (considere 1 a causa mais frequente e 5 a causa menos frequente).

	1 - Causa mais frequente	2	3	4	5 - Causa menos frequente
Anulação de consulta sem aviso prévio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demora no atendimento administrativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desadequação do sistema de marcação de consultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade de marcação de consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em inscrição em médico de família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de cortesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de informação aos utentes/família em tempo útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de pessoal médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa de consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa de credenciais/receitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxas moderadoras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera para atendimento médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera para consulta de clínica geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As reclamações dos utentes nos ACES na ARS de Lisboa e Vale do

2. Considerando aquelas que foram as 3 principais causas de reclamação que mencionou anteriormente, por favor descreva, as 3 principais medidas e/ou acções correctivas adoptadas no âmbito do ACES onde desempenha funções.

1ª Causa de reclamação:

2ª Causa de reclamação:

3ª Causa de reclamação:

3. Por favor identifique as 3 principais limitações verificadas durante o processo de implementação das medidas correctivas.

1ª Limitação:

2ª Limitação:

3ª Limitação:

4. Atendendo às estratégias, medidas e iniciativas adoptadas, em função das principais reclamações identificadas em 2013 no ACES onde desempenha funções, por favor identifique os principais resultados alcançados ao longo de 2014.

5. Por favor, indique, com base na sua experiência profissional, 3 recomendações prioritárias e/ou fundamentais para a melhoria contínua da qualidade associada ao processo de reclamações.